NR. 10. LWOW, DNIA 15. MAJA 1904. ROK II.

# GŁOS LEKARZY

## Organ lekarzy Galicyi, Śląska i Bukowiny

SUBWENCYONOWANY PRZEZ GALICYJSKIE IZBY LEKARSKIE I PRZEZ TOWARZYSTWO „SAMOPOMOCY LEKARZY“

**Wychodzi 1-go i 15-go każdego miesiąca.**

Redaguje Komitet. Redaktor naczelny: Dr. Szczepan Mikołajski.

Adres w sprawach redakcyjnych i administracyjnych: Dr. Szczepan Mikołajski, Lwów, ul. Śniadeckich l. 6. — W sprawach inseratowych adres: Mgr. Julian Hausberg, Lwów, pl. Strzelecki, 2, I. piętro.

**Prenumerata roczna wynosi 6 kor., w Rosyi 3 ruble, w Niemczech 6 marek.** Wszelkie przesyłki pieniężne adresować należy: Dr. Jakób Moszkowicz, Lwów, ul. Akademicka, l. 14. — Konto czekowe pocztowej kasy oszczędności Nr. 839.786.

## W jedności siła!



**Czas odnowić przedpłatę na drugie półrocze 1904!**

## Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi.

*(Prace nagrodzone na konkursie „Głosu lekarzy“.)*

I.

### Położenie materyalne lekarzy praktyków na prowincyi.

*1. Zakres praktyki prowincyonalnej.*

Ściśle rzecz biorąc, trudno w naszym kraju oddzielić lekarzy praktyków w miastach od lekarzy praktyków na prowincyi. Jedynie bowiem w mieście Lwowie i Krakowie przeważna część lekarzy zajmuje się wyłącznie, lub głównie praktyką śród ludności miejskiej, podczas gdy w innych miastach, nawet większych, nie mówiąc już o drobnych miastach i miasteczkach powiatowych, każdy lekarz wykonuje praktykę zarówno śród sfer mieszczańskich, jak wiejskich a nawet dochody lekarza zależą przeważnie od praktyki wiejskiej. Inaczej też być nie może, bo w kraju naszym miasta są mało liczne a ludność wiejska, rolnicza, przeszło 77 procent ogółu ludności stanowi*).

Lekarz t. zw. „prowincyonalny“ osiada dla tego w mieście, bo tu znajduje warunki kulturalne, odpowiadające jego stanowisku i wymogom człowieka cywilizowanego, a nadto miasto jest punktem centralnym dla najbliższej okolicy w ruchu handlowym i przemysłowym, niejako punktem zbornym dla wszelkich interesów, tu więc lekarz najłatwiej zwróci na siebie uwagę ludności i pracę swoją łatwiej może zaofiarować szerszej klienteli.

Gdybyśmy zarządzili ankietę między lekarzami prowincyonalnymi w tym kierunku, jaką część ich dochodu przysparza praktyka wiejska, uzyskalibyśmy dane, wielce zbliżone do statystycznego stosunku ludności wiejskiej i miejskiej w Galicyi i pokazałoby się niezawodnie, że u nas z wyjątkiem Lwowa i Krakowa a po części paru także miast drugorzędnych każdy lekarz jest zaledwie w jednej piątej części praktykiem miejskim, a w czterech piątych częściach praktykiem wiejskim.

Ten fakt trzeba koniecznie mieć na uwadze, gdy się rozważa sposób rozsiedlenia i położenie materyalne lekarzy w Galicyi, jeśli nie chcemy zboczyć na bezdroża, złudzeni pozorami statystyki cyfrowej.

I tak, kto nie uwzględni tych stosunków, a ślepo trzymać się zechce wykazów statystycznych, skonstatuje objaw, który zadziwia i gorszy ludzi, powierzchownie rzecz biorących, że mianowicie u nas w miastach jest stosunkowo dużo lekarzy, a bardzo mało na głębszej prowincyi. Statystyka wykazuje**), że w Galicyi w gminach, posiadających ludności ponad 6000, względna liczba lekarzy, przypadająca na 1000 mieszkańców, odpowiada mniej więcej przeciętnemu stosunkowi w całej monarchii, że więc w tych gminach niema niedoboru sił lekarskich. Przeciwnie w gminach, mających ludności poniżej 6000 mieszkańców, a więc w drobnych miastach i na wsiach, oblicza statystyka u nas zaledwie 1 lekarza na 13,993 mieszkańców, podczas gdy w całej monarchii dla gmin tej kategoryi wypada 1 lekarz na 4762 mieszkańców. Byłoby zbyt dorywczem wnioskowaniem, gdybyśmy z tych danych statystycznych sądzić chcieli, że ludność wiejska u nas posiada trzy razy mniej lekarzy, niż zagranicą, albowiem dla naszej ludności wiejskiej co do opieki lekarskiej wchodzą w rachubę nie tylko lekarze, osiedleni w najdrobniejszych gminach, ale także lekarze, praktykujący w większych miastach, a wobec tego stosunek liczby lekarzy do liczby ludności wiejskiej w rzeczywistości o wiele korzystniej się układa, niżby to z cyfr statystyki wnosić można.

Za granicą naszego kraju, w prowincyach przemysłowych, ludność więcej koncentruje się w gminach większych, liczących ponad 6000 mieszkańców a w porównaniu z Galicyą mniej jest gmin drobnych, a stąd liczba lekarzy, osiedlona w tej mniejszej liczbie gmin drobnych, wypada stosunkowo znaczna*).

Gdyby u nas ogólna liczba lekarzy w kraju nawet w dwójnasób wzrosła, gminy drobne nie wieluby nowych lekarzy pozyskały, gdyż nowi lekarze, tak samo, jak dotychczas, rozsiedlaliby się przeważnie w gminach większych. Dowodzi tego niezbicie rzut oka wstecz na szereg lat ubiegłych, które wykazywały ogromny przyrost sił lekarskich, jednakże większa część tego przyrostu zapełniała większe miasta, przez co kontrast w sposobie rozsiedlenia lekarzy jeszcze się jaskrawiej uwidocznił.

W myśl tych uwag należałoby u nas właściwie rozróżniać lekarzy praktyków we Lwowie i Krakowie z jednej strony, (a lekarze ci tworzą grupę pokaźną, obejmującą trzecią część lekarzy w Galicyi) i lekarzy prowincyonalnych w szerszem znaczeniu.

Wszelako nie da się zaprzeczyć, że w miastach, osobliwie większych, są pewne czynniki, związane ściśle z miejskim charakterem ludności, które na położenie materyalne lekarzy wywierają wpływ znaczny, podczas gdy praktyka wiejska znowu ma pewne odrębne właściwości, z któremi praktyk prowincyonalny poważnie liczyć się musi. Tak np. najdonioślejsza kwestya, dotycząca bytu lekarzy, kwestya stanowiska lekarzy wobec organizacyi kas dla chorych, jest u nas kwestyą praktyki miejskiej, gdyż w kasach tych ubezpieczona jest ludność miejska, robotnicza, przemysłowa, rękodzielnicza i handlowa. Podobnie i kwestya bezpłatnych ambulatoryów, która dla praktyki w miastach ma niepoślednie znaczenie, dla praktyki wiejskiej jest dość podrzędną. Na wsiach za to występuje, jako czynnik niekorzystny w praktyce lekarskiej, ogromne zacofanie ludu pod względem oświaty i kultury, z czego wypływają ważne dla lekarza praktyka konsekwencye.

Jest więc praktycznie przy szczegółowym rozbiorze obecnego położenia lekarzy w naszym kraju osobno omawiać praktykę miejską, a osobno wiejską, atoli trzeba przy tem uświadomić sobie, że nie tyle tu chodzi o podział lekarzy na dwie, jakoby od-

*) Wszelkie daty statystyczne, o ile nie powołuję się wyraźnie na inne źródła, czerpię ze „statystyki Galicyi“, wydanej przez krajowe biuro statystyczne (Lwów 1898 i Lwów 1903).

**) „Das oesterr. Sanitätswesen“ z r. 1903.

*) Patrz: „Wiadomości statystyczne o stosunkach krajowych“. Tom XIX. Zeszyt II. str. 93: Na 6237 gmin w Galicyi wypada gmin o liczbie mieszkańców poniżej 100—22, od 101—200 gmin 248, od 201—300 gmin 417, od 301—400 gmin 538, od 401—500 gmin 576, od 501—1000 gmin 2243, od 1001—2000 gmin 1546, od 2001—3000 gmin 402, od 3001—4000 gmin 104, od 4001—5000 gmin 53, a nad 5000 tylko 88 gmin.

rębne kategorye, ile o rozklasyfikowanie ludności, z którą każdy lekarz prowincyonalny ma do czynienia.

Jakkolwiek jednak wszyscy lekarze poza obiema stolicami kraju mają do czynienia z praktyką śród ludności wiejskiej, to przecież, mówiąc o praktyce prowincyonalnej i o praktykach prowincyonalnych, należy według zasady *a potiori fit denominatio* przyjąć za typ praktyka prowincyonalnego lekarza, osiadłego w głębi prowincyi, który obok rolników ma do obsłużenia niewielką liczbę ludności małomieszczańskiej, mało odbiegającej od poziomu kulturalnego i cywilizacyjnego wsi galicyjskiej.

Dolę tych praktyków pragnę oświetlić na podstawie kilkunastoletniego własnego doświadczenia i bezpośredniej obserwacyi w kilku powiatach zachodniej Galicyi, na podstawie dość obfitych informacyj od współtowarzyszy w tej ciężkiej prawdziwie doli, a po części na podstawie wyników ankiety, zarządzonej przez komitet sekcyi społeczno-zawodowej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

*2. Zmiana warunków praktyki prowincyonalnej w ostatnim dwudziestoleciu.*

W ostatniem dwudziestoleciu był w Galicyi ogromny napływ nowych sił lekarskich, przewyższający znacznie przyrost lekarzy w innych krajach, a nie będący w stosunku do zwiększenia się ludności w tym okresie czasu, ani nieuzasadniony wcale jakimś nagłym wzrostem kultury i oświaty lub polepszeniem warunków ekonomicznych ludności, któreby popyt na pracę lekarzy aż do takiego stopnia wzmogły.

Jak szybko zwiększał się u nas napływ młodzieży do medycyny, wykazuje liczba słuchaczy medycyny w ostatnich 25-ciu latach: *)

| Rok szkolny: | Liczba medyków w Krakowie: | — we Lwowie: | Razem: |
|---|---|---|---|
| 1877/78 | 153 | | |
| 1878/79 | 171 | | |
| 1879/80 | 178 | | |
| 1880/81 | *214* | | |
| 1881/82 | 234 | | |
| 1882/83 | 259 | | |
| 1883/84 | 292 | | |
| 1884/85 | 329 | | |
| 1885/86 | 361 | | |
| 1886/87 | 403 | | |
| 1887/88 | 454 | | |
| 1888/89 | 495 | | |
| 1889/90 | **519** | | |
| 1890/91 | 503 | | |
| 1891/92 | 480 | | |
| 1892/93 | 477 | | |
| 1893/94 | 453 | | |
| 1894/95 | 402 | 82 | = 484 |
| 1895/96 | 338 | 97 | = 435 |
| 1896/97 | 295 | 107 | = 402 |
| 1897/98 | 232 | 128 | = 360 |
| 1898/99 | 162 | 153 | = 315 |
| 1899/00 | 122 | 133 | = 255 |
| 1900/01 | 131 | 125 | = 256 |
| 1901/02 | 120 | 112 | = 232 |
| 1902/03 | 121 | 98 | = 219 |

*) „*Das Oest. Sanitätswesen*“ r. 1903.

Od roku 1890 zaczął się dość nagły odpływ fali, lecz nowo otwarty Wydział lekarski we Lwowie powstrzymał nieco ubytek studentów medycyny, a przez to przyczynił się do zwiększenia przesilenia w zawodzie lekarskim. Atoli mimo to liczba słuchaczy medycyny raźno spada i dziś już frekwencya cofnęła się w obu Uniwersytetach do liczby z roku 1880. W najbliższej przyszłości oczekiwaćby należało zupełnego zastoju frekwencyi na medycynie w obu Uniwersytetach krajowych, a będzie to niepożądany skutek tego, że zawczasu nie przestrzegło się młodzieży przed nadmiernym napływem na medycynę.

Według urzędowej statystyki liczyła Galicya w roku 1880 ludności 5,958 907, a w roku 1900 było w naszym kraju ludności 7,315.939, przybyło więc od roku 1880 do roku 1900 ludności 1,357.032, czyli *22·7*% mieszkańców.

Lekarzy zaś liczyła Galicya w r. 1880 tylko 811, a w roku 1900 wykazano już u nas 1326 lekarzy, przybyło więc lekarzy w ciągu tych 20 lat 515, czyli *64·7* % w porównaniu z rokiem 1880. I w ostatnich 4 latach przybywało lekarzy w tym samym przyspieszonym tempie, gdyż obecnie liczy Galicya około 1450 lekarzy, a zatem w niespełna 4 lata przybyło od roku 1900 lekarzy 124, przeciętny więc roczny przyrost sił lekarskich wynosi w tych latach 31 lekarzy, podczas gdy w dwudziestoleciu od 1880 do 1900 przeciętnie przybywało rocznie tylko 26 lekarzy.

Nie można przeczyć, że w ostatnich dziesiątkach lat kraj poczynił wielkie wysiłki w kierunku oświecenia i ucywilizowania ludu, a w tym samym kierunku oddziaływały również inne czynniki, jak ruch emigracyjny, rozbudzenie polityczne mas ludowych, rozległa praca oświatowa różnych towarzystw itd. Jednakże mimo to wszystko pozostała Galicya krajem analfabetyzmu i ciemnoty, a dobroczynny wpływ oświaty nie wzmógł tak dalece zapotrzebowania racyonalnej pomocy lekarskiej, aby nagle okazał się niewystarczającym dawny kontyngent sił lekarskich.

Pod względem dobrobytu niestety kraj wcale się nie podźwignął, przeciwnie stoczył się jeszcze niżej. Świadczy o tem wymownie stan hypotecznego obdłużenia własności ziemskiej w Galicyi. W roku 1880 obciążenie hypoteczne własności nieruchomej w naszym kraju wynosiło 467,478.204 koron, a w r. 1900 ciążyło już na hypotekach 1.107,226.083 kor., a zatem obdłużenie własności nieruchomej niemal się potroiło, co oczywiście nie odpowiada powiększeniu realnej wartości własności nieruchomej i co dowodzi, że stosunki ekonomiczne w tym czasie wcale się nie polepszyły, a więc płatność publiczności wobec lekarzy wcale się nie wzmogła.

Niska wydatność produkcyi rolnej w Galicyi w tych latach nie wzrosła i gdy np. w roku 1891 wydawał 1 hektar ziemi 8·56 centnarów metrycznych pszenicy, w r. 1900 rodził pszenicy 8·64 centn. metr. — jęczmienia dawał 1 hektar w r. 1891 7·13 centn. metr., a w r. 1900 tylko 6·54 centn. metr. — owsa było z 1 hektara w r. 1891 — 6·31 centn. metr., a w r. 1900 tylko 5·70 centn. metr. Podobnie nie zwiększyła się uroda na kartofle, buraki i inne płody rolnicze.

Ogromne klęski powodzi, gradobicia, pożarów, które niemal co roku kraj nawiedzały, pochłonęły olbrzymie sumy majątku narodowego, przyczyniając się znacznie do zubożenia ludności. Zarazy na bydło i trzodę zwichnęły hodowlę i handel wywozowy w tej ważnej gałęzi produkcyi rolniczej. Ucisk fiskalny wycisnął z ludności prawie ostatni grosz. Jedynym ratunkiem

---

DR. ADAM LANGIE.

# Wiosna.

Rodząca wstała wiosna! a świeży wiew jej zawitał już z odległych pól na złotym słońca promieniu i w mury naszego grodu. Kraków, spowity dokoła zielenią plant, bardziej niż inne miasta zmienia swą szatę z nastaniem ciepłych, majowych dni. Więc znowu stare korony kasztanów, przetykane tysiącem kwietnych piramid, splotły się nad naszemi głowami sutem sklepieniem świeżego listowia. I znowu wesołe słońce przegląda się w krętej wstędze Wisły, uśmiechając z wdziękiem do starego Wawelu, jak niegdyś za dawnych, lepszych czasów. Pod wpływem majowego czaru i duch ludzki zda się odzyskał swobodę, „tę myśl pogodną i chęć tych dążeń, co są młode, bo dusza ich jest głodną“, a gdzieś w głębi jego odżyły wzniosłe pragnienia, jesiennym niedawno zwarzone szronem i zasute całunem zimowej śnieżycy. *Ave, ave vita!*

Lecz czar ten — to chwilowe upojenie, bo chociaż w budzącej się z wiosną przyrodzie wszystko tętni życiem, to człowiek, ów „pan stworzenia“, zawikłany w misterną, nierozerwalną sieć obowiązków, stosunków, ciężkich trosk i zawodów, otrząsłszy się rychło z pierwszego uroku, tem boleśniej odczuwa, że tylko jemu bywa nieraz tak źle, że na złe takie brak wyrazu, a serce pęka w nim i we krwi pływa.

* * *

Wiosna — to hasło wędrówki do zdrojowisk i miejsc klimatycznych. W duszy ostatniego nawet filistra rodzi się z pierwszym błyskiem majowego słońca chęć opuszczenia zapylonych murów miejskich i odetchnięcia krzepiącą wonią wsi. Nawet bałwochwalczy czciciel złotego cielca odczuwa mimowoli potrzebę zbliżenia się do odświeżonej, nęcącej krasą swą przyrody, widząc, że ani pękaty trzos, ani szelest odcinanych kuponów, ani nadzieja obfitej dywidendy nie są w stanie zastąpić gwarnego szmeru lasów, widoku złocistych łanów i szumu wartkich górskich potoków.

Więc też lekarzy zarzuca publiczność tysiącem pytań: gdzie jechać? jakie pić wody? czy kąpać się w czystej krynicy rzek, czy krzepić falą morskich szafirów, czy nurzać w błocie... leczniczem? I sypią się jak z rękawa ordynacye: Karlsbad, Spaa, Ostenda, Rabka, Biarritz, Zakopane, Szwajcarya, lub „zwykłe, dobre wiejskie powietrze“... I rzesze całe ciągną na wszystkie strony świata w kraju i za granicę, rzesze chorych w pogoni za zdrowiem, z nadzieją przedłużenia o lat kilka zagrożonego życia, ludzi pracy, stęsknionych do chwilowego wypoczynku, wreszcie, najliczniejsze może, pasożytów społecznych, pragnących urozmaicić całoroczne próżniactwo zabawą w modnych wielkoświatowych kąpielach.

Ale większe jeszcze zastępy zostają w mieście, by prażyć się dalej wśród rozpalonych bruków, wdechać węglowe pyły i nie zaznać ani chwili swobody, jaką daje zmiana miejsca pobytu, do którego przykuły obowiązki, zawód, praca codzienna, nudna i wyczerpująca. Dla czego? Czy ludzie ci tak żelazne mają zdrowie, lub hartowne nerwy i dusze tak nieczułe na letnich zórz i dzwoniących sierpów poezyę?.. Przeciwnie, oni potrzebują, często bar-

wielkich mas zgłodniałej ludności stała się emigracya za zarobkiem, która dostarcza gminom wiejskim zasiłku w gotówce, a przez podwyższenie ceny ziemi umożliwia obszarom dworskim, zagrożonym bankructwem, korzystną parcelacyę.

W miastach nie rozkwitł przemysł, przeciwnie dały się we znaki przesilenie i zastój zupełny, który z powodu braku pracy i zarobku doprowadzał nawet do groźnych wybuchów robotniczych, tłumionych rozlewem krwi.

Dla lekarzy przyszła w tym czasie także prawdziwa kryzys zarobkowa, którą spowodowała organizacya kas dla chorych, przeprowadzona jednostronnie, z pominięciem żywotnych interesów zawodowych stanu lekarskiego, jak niemniej interesów nauki lekarskiej. Na 26,150.708 ludności Przedlitawii ubezpieczono w kasach dla chorych przeszło 3 miliony mieszkańców, przez co ścieśniono ogromnie zakres prywatnej praktyki lekarskiej, dając w zamian bardzo nędzny zarobek nielicznym lekarzom, przeciążonym pracą w sposób niesłychany*).

Wspomnieć też trzeba, że postępy w asanacyi kraju i w profylaktyce przeciw chorobom zakaźnym, udoskonalone metody leczenia, udostępnienie pomocy lekarskiej dla szerokich mas, zmniejszyły znakomicie chorobowość i śmiertelność ludności, tudzież skróciły czas trwania wielu chorób (np. dyfteryi) a przez to umniejszyły zapotrzebowanie lekarzy praktyków.

W takich warunkach trudno byłoby zdobyć kawałek chleba nawet tej liczbie lekarzy, która przed 20 laty była w Galicyi, gdyż naturalny przyrost ludności wobec innych, wielce niekorzystnych wpływów nie był w stanie zwiększyć zapotrzebowania pracy lekarskiej, a raczej znacznie je obniżył.

Mimo to i jak gdyby na przekór tym stosunkom, młodzież tłumnie rzuciła się do medycyny, a nowo otwarty Wydział lekarski we Lwowie dopomógł do produkowania coraz większej liczby lekarzy, którą zwiększają jeszcze nostryfikacye dyplomów, za granicą uzyskanych. Nareszcie doszło do takiego absurdu, że w Krakowie wypadał w r. 1900 — 1 lekarz na 411 mieszkańców, podczas gdy w Wiedniu 1 lekarz wypadał na 735 mieszkańców, jakkolwiek Wiedeń zatrudnia całą armię lekarzy urzędowych, a popyt na pracę lekarską jest tam kilkakroć większy, niż u nas, z powodu wysokiego poziomu kulturalnego, ożywionego ruchu przemysłowego i fabrycznego i z powodu względnego dobrobytu ludności.

W ogóle w Galicyi w ostatnich 25 latach przyrost liczby lekarzy był trzy razy większy, niż przyrost liczby ludności a kilka razy większy, niżby odpowiadał malejącemu zapotrzebowaniu lekarzy. Wobec tego hyperprodukcya lekarzy w naszym kraju nie ulega kwestyi.

A skoro już o hyperprodukcyi lekarzy mowa, to nie roztrząsając dokładniej przyczyn tego zjawiska, coby od głównego tematu odwiodło, skonstatować musimy fakt, że również i w innych krajach Austryi hyperprodukcya ta się wyraźnie zaznaczyła, lecz nie w tej mierze, co w Galicyi. Przyczyny hyperprodukcyi były ogólne, wypłynęły po części z wielu ustawodawczych przekształceń, obowiązujących w całem państwie (że wspomnę tylko organizacyę państwowej i gminnej służby zdrowia i ustawę o zabezpieczeniu na wypadek choroby) stąd i skutki w różnych krajach państwa były podobne. Gdy u nas wielu płytkich sofistów chce zaprzeczać oczywistym faktom, a stwierdzenie hyperprodukcyi lekarzy nazywa rzucaniem „antispołecznych haseł", niechże nam tu będzie wolno powołać się na słowa cesarza, wypowiedziane w dniu 15. lipca 1901 do deputacyi salzburskiej Izby lekarskiej. Do prezydenta Izby wyrzekł cesarz te słowa: *„Ich finde auch die Zahl der Aerzte zu gross; diese hat übrigens ihren Höhepunkt bereits überschritten und befindet sich gegenwärtig wieder stark im Rückgange. Ich betrachte dies als ein Glück für den Aerztestand"* **).

Przepełniły się lekarzami nasze miasta i miasteczka prowincyonalne. Konkurencya między lekarzami doszła na partykularzu niemal do wydzierania sobie przemocą pacyentów, do szkalowania się wzajemnego, intryg, podstępów, tak, że dla wrażliwszych jednostek zapanowały na prowincyi stosunki wstrętne i ohydne.

Jeszcze w r. 1888, osiedliwszy się w miasteczku C. w powiecie G., byłem jedynym lekarzem w okręgu 4—6 mil w promieniu, a z powodu braku w powiecie osobnego lekarza powiatowego interweniowałem we wszystkich komisyach politycznych. W całym powiecie politycznym był tylko jeszcze drugi, starszy lekarz, człowiek zamożny i nie przepadający za praktyką. W 8 lat później, tj. w r. 1896 było już w tym powiecie 4 nowych lekarzy, a w ich liczbie także lekarz powiatowy, wkrótce zaś w sąsiednich posterunkach lekarskich wszędzie liczba lekarzy się zdwoiła, a nadto poosiadali lekarze po drobnych gminach wiejskich tak, że na tej samej przestrzeni, na której dawniej pracowało nas czterech lekarzy sąsiadów, nie wchodząc z sobą w żadne kolizye, później uganiało się za chlebem aż 12 lekarzy!

Mniej więcej podobne zmiany zaszły i w innych okolicach kraju. Przypatrzmy się, jakie warunki bytu otwierają się tak gęsto rozsiedlonym lekarzom.

### *3. Przeciętny dochód roczny z praktyki prowincyonalnej.*

Z własnego doświadczenia mogę wyznać, że w dobrych czasach, z początku mojej praktyki, przy bardzo wytężonej pracy, dochodziłem do 3000 złr. rocznego dochodu, w czem jednak mieściła się już pensya lekarza kolejowego, lekarza miejskiego, lekarza więziennego, dochody za epidemie, za szczepienie, za komisye sądowe, dochody z oględzin bydła na stacyi kolejowej. W końcu mego pobytu w C. cały dochód roczny zmalał do połowy, a nawet spadał niżej jeszcze tak, że o utrzymaniu się z tych dochodów wraz z żoną i 2 dzieci nie było mowy. Musiałem szukać gdzieindziej lepszych warunków, jak to czyni obecnie bardzo wielu lekarzy prowincyonalnych, którzy coraz inne wyszukują sobie siedziby i nigdzie wyżyć nie mogą. W tej wędrówce lekarzy galicyjskich daje się teraz zauważyć wprost odwrotny kierunek, niż przed 10 laty i gdy dawniej każdy chciał koniecznie gdzieś na prowincyi znaleźć jakiś kącik i skromne utrzymanie, tak znowu obecnie wielu powraca z prowincyi do centrów kulturalnych, do miast większych, zwłaszcza stołecznych, gdzie wyszukują sobie zapewne obok praktyki lekarskiej uboczne źródło dochodu. Inni emigrują do Śląska, do Bośni i Herzegowiny, do niemieckich

*) *„Amtliche Nachrichten des Ministeriums des Innern"* z czerwca 1903: W r. 1901 wynosiła w Austryi liczba członków kas chorych 2,780.000. Do tej liczby trzeba dodać przyrost członków w ostatnich 3 latach, a gdy ten przyrost wynosi rocznie od 2—4%, obecnie jest niezawodnie zwyż 3,000.000 członków Kas chorych.

**) *Oesterr. Aerzte-Kammerblatt 1901.* str. 256.

---

dziej jeszcze, niż tamci, wyjazdu i wypoczynku, ale marzyć im o tem nie wolno pod grozą poważnego uszczerbku w rocznym budżecie. A te tysiące wynędzniałych dzieci biedaków, pożeranych zwolna gruźlicą lub skrofulozą, którym pobyt na wsi wróciłby rumieńce, od kalectwa i śmierci przedwczesnej uchronił, które lekarz każe koniecznie wywieść z miasta, muszą pozostać, jak dotąd, w wilgotnych norach i zabójczych warunkach, bo wyjazd ich przyprawiłby o ruinę materyalną całą rodzinę.

Więc też owa wiosna, pojąca zmysły nasze czarem odradzającego się życia, czarne zarazem nasuwa refleksye lekarzowi, co głębiej patrzy i czuje.

* * *

Są kraje bogate i szczęśliwe, gdzie kwestyę tę rozwiązano już prawie zupełnie. W Anglii powstało jeszcze w roku 1796-tym pierwsze sanatoryum w Margate pod nazwą: *Royal seabating infirmary and royal national hospital for scrophula.* Obecnie jest tam przeszło 30 nadmorskich lecznic, przeznaczonych dla skrofulicznych, z tych niektóre mogą pomieścić do 70 dzieci naraz. Włochy liczą ich z górą 20; we Francyi istnieje wspaniały zakład w Berck-sur-Mer, w którym leczone bywają dzieci przez lat kilka, aż do usunięcia najcięższych objawów skrofulozy. W Niemczech powstały sanatorya w Norderney i Wyk na wyspie Föhr, nawet w Austryi mamy wzorowy zakład w Rovigno w Istryi i w Servola pod Tryestem. Prócz tego w wielu krajach szybki rozwój kolonij wakacyjnych, zakładanych na wzór pierwszej, powstałej dzięki staraniom pastora Biona w r. 1878 w Szwajcaryi, stara się skutecznie złemu zaradzić.

U nas inicyatywa prywatna ludzi szlachetnych, pojmujących całą doniosłość sprawy, utworzyła już w Rabce i Rymanowie kolonie dla skrofulicznych, a tu i ówdzie kolonie wakacyjne dla dzieci słabowitych. Są one jednak zbyt szczupłe i zbyt ubogie, więc ani setnej części potrzebujących pomieścić nie mogą.

* * *

W samym Krakowie kilkaset dzieci, a drugie tyle młodzieży szkolnej i rzemieślniczej nie miało przez długie lata gdzie wytchnąć po szkole, lub wieczorem po całodziennej pracy w zatęchłych warsztatach „od podwórza", aż znalazł się lekarz-filantrop, który pomyślał o tych wydziedziczonych i sam ongi dotknięty najboleśniejszym ciosem, bo stratą jedynego dziecka, siły swe i mienie poświęcił dla dobra dzieci biedaków i nędzarzy. Więc z niestrudzoną energią dążył do raz wytkniętego celu. Piętnaście lat minęło, jak dzieło jego, poczęte rozumnie i z sercem pełnem współczucia, stanęło dziś na tej wyżynie, że wzbudza podziw i zazdrość wśród obcych.

Lekarzem tym kolega, nasz profesor Jordan, twórca parku Swego Imienia. To też dziś, gdy wiosna, bogini wonnych ziół, z pościeli miękkiej wstając, uśmiecha się do złocistego słońca, ludność Krakowa niesie Mu w darze hołd i podziękę, wieńcząc czcigodne Jego skronie najpiękniejszą wawrzynu gałązką, bo szczerą, serdeczną wdzięcznością tych rodziców, którzy, prócz wdzięczności, niczem więcej rozporządzać nie mogą.

Kraków w maju 1904 r.

prowincyj państwa, do Niemiec, do Ameryki, a nawet do Australii zapędziły losy kolegów, którzy w kraju chleba znaleźć nie mogli.

Byłoby rzeczą zajmującą zbadać bliżej liczbę i losy tych tułaczy, jak również zapoznać się z wewnętrznym ruchem migracyjnym w zawodzie lekarskim w Galicyi, brak jednak do tego szczegółowych danych. W ogóle przy ocenie położenia materyalnego lekarzy prowincyonalnych trzeba się posługiwać przeważnie osobistem doświadczeniem i spostrzeganiem, gdyż w tym kierunku mało bardzo jest dat, mianowicie dotyczących praktyki prywatnej. Jednakże ankieta, rozpisana przez komisyę organizacyjną sekcyi zawodowej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przyniosła wiele ciekawych informacyj, z których też w dalszym ciągu skorzystamy.

Według mego doświadczenia i spostrzeżeń mało jest praktyków prowincyonalnych, których przeciętny dochód miesięczny z praktyki prywatnej przenosiłby kwotę 200 kor., a lekarz, który po doliczeniu pensyi gminnej, lub okręgowej, pensyi kolejowej, dochodów z praktyki sądowej, z komisyj politycznych i ze szczepienia, na końcu roku otrzyma sumę dochodu całorocznego 4000 kor., uważać się może za szczęśliwego. Przeważna część lekarzy prowincyonalnych zadowalać się musi z konieczności o wiele niższym dochodem, a sądzę, że nie zbyt oddalę się od rzeczywistych stosunków, jeśli przeciętny dochód lekarza prowincyonalnego wyłącznie z praktyki prywatnej określę w wysokości 140 kor. miesięcznie, czyli 1680 kor. rocznie. Niejeden i tej cyfry nie osiągnie. Pewna część ma może trochę więcej. Są i wyjątki co do praktyków, cieszących się w szerokiej okolicy rozgłosem, zdawna zdobytym, którzy rocznie zarabiają po 6000 kor., lub więcej, ale wątpię, czy poza Krakowem, Lwowem i kilku miastami drugorzędnemi znalazłoby się takich słynnych i zręcznych lekarzy pięćdziesięciu. Główny kontyngent lekarzy prowincyonalnych to proletaryat inteligentny w pełnem słowa znaczeniu, ludzie bez zabezpieczonego jutra, stroskani o byt rodziny, nie zdolni nic zaoszczędzić na czarną godzinę życia, świadomi tego, że w razie dłuższej choroby czeka ich wraz z rodziną nędza, że w razie ich śmierci wdowy ich i sieroty skazane będą na miłosierdzie ludzkie, a w razie ich kalectwa oni sami muszą wyciągnąć rękę po jałmużnę. Ludzie ci nieraz nie mogą sobie dać rady z drobnymi długami i znam przykłady, że lekarze prowincyonalni, przesiedlając się w inne strony, musieli pozostawiać wierzycielom swe ruchomości. Przygnębienie moralne lekarza prowincyonalnego, walczącego z nędzą, nie da się w słowach opisać. Widzi on wkoło osoby, które bez uniwersyteckiego wykształcenia zapewniły sobie i rodzinie byt o wiele znośniejszy, widzi, że ludność prowincyonalna, oceniająca wartość człowieka według jego dochodów, większym szacunkiem otacza każdego kancelistę sądowego, lub adjunkta podatkowego, niż lekarza, który za liche wynagrodzenie targa siły na usługi cierpiących. Po różnych przejściach i daremnem szamotaniu się z losem poznaje wreszcie, że niema żadnych widoków lepszej przyszłości, że owszem będzie coraz gorzej, że zdobycie skromnego kawałka chleba będzie coraz trudniejsze i popada w rozpaczliwą apatyę, która nie chce nawet myśleć o posępnem jutrze i z góry już rezygnuje z wszelkich wysiłków ku poprawie bytu. To też trudno tych ludzi poruszyć najenergiczniejszemi wezwaniami i hasłami do jakiejś spójni organizacyjnej, trudno ich przekonać, że wspólnemi siłami coś by się jeszcze i dla każdego z nich wykołatać dało czy to od społeczeństwa, czy od kraju, lub rządu. Dość powiedzieć, że przy wyborach do Izby lekarskiej w niejednym okręgu obu Izb zaledwie paru lekarzy oddaje głosy, innych nie obchodzi nic, ani Izba lekarska, ani cały świat, a gdyby nie obowiązki względem rodziny wielu tęskniłoby za jak najrychlejszym zgonem, bo życie stało się dla nich prawdziwą torturą. Na kwestyonaryusz, rozesłany przez komisyę sekcyi zawodowej za pośrednictwem „Głosu lekarzy“ w sprawie położenia materyalnego lekarzy, ani nawet 100 lekarzy prowincyonalnych nie odpowiedziało i chociaż wywiady takie mogłyby posłużyć w dalszych staraniach o poprawę bytu przedewszystkiem praktyków prowincyonalnych, odpowiedzi nadeszły prawie wyłącznie od tej mniejszości praktyków, którym się jeszcze nie najgorzej wiedzie, podczas gdy najbiedniejsi rzucili cały kwestyonaryusz do kosza. Dopiero pod wpływem „Głosu lekarzy“, który dokazał prawie cudu, zdobywając wkrótce przeszło 1000 prenumeratorów, a w tej liczbie również i tych desperatów, poczyna się pomału zaznaczać jakieś przebudzenie w tej apatycznej senności praktyków prowincyonalnych, o czem świadczy szybko wzrastająca liczba członków Tow. Samopomocy lekarzy, dochodząca już do cyfry 700 członków, podczas gdy przed rokiem Towarzystwo zaledwie około 400 członków liczyło.

Zdarza się też nierzadko niestety, że na rozliczne frasunki alkohol staje się codziennym narkotykiem, przyspieszając ostateczną ruinę materyalną, intelektualną i moralną nieszczęśliwego człowieka, który zgoła inną przyszłość sobie marzył. Jeśli na przedostatnim kongresie antialkoholicznym niesmak i wzburzenie wywołało twierdzenie niemieckiego abstynenta, że lekarze po większej części są alkoholistami*), to u nas podobne oskarżenie byłoby wprawdzie bardzo przesadnem, jednakże nie da się zaprzeczyć, że wielu lekarzy, osobliwie prowincyonalnych, alkoholizmowi podlega. Działa tu usposabiająco oprócz zgryzot codziennych sporo innych wpływów i czynników, obyczaj pijacki w niektórych miasteczkach prowincyonalnych, niewygody w częstych podróżach śród słoty i mrozów, brak innych gospód do wypoczynku w drodze oprócz szynkowni, w których żadnego posiłku dostać nie można i t. d.

(Dalszy ciąg nastąpi).

*) *Bericht über den VIII. internationalen Congress gegen den Alkoholismus* (str. 27, mowa dr. Meynerta z Drezna).

## Uregulowanie należytości sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych.

*(Referat Radcy ces. dr. F. Zuski, lekarza sądowego w Bernie).*
(Dokończenie).

Z całego powyższego przedstawienia rzeczy wynika:

I. Że nowa taryfa należytości z r. 1901 obowiązuje tylko przy postępowaniu karnem i przy wykonawstwie karnem, a mieści tylko nieznaczne ulepszenia w porównaniu z dawną taryfą z roku 1855 i w rzeczywistości poszczególne pozycye tej taryfy nie wyznaczają dzisiaj nawet tylu koron, ile marek wyznaczyła przed 30 laty taryfa Rzeszy niemieckiej.

II. Że przyznanie wyższych wynagrodzeń, ustanowionych w tej taryfie z r. 1901 zależne jest wyłącznie od dobrej woli sędziego. Przyznajemy, że w wielu wypadkach, jak lekarze sądowi podają, największa część austryackich sędziów okazuje w tym względzie sprawiedliwą życzliwość i przejęta jest poglądami nowoczesnego wykonawstwa prawa. Mimo to jednak w ostatnim czasie skarżą się lekarze sądowi, że zdarzają się tacy sędziowie o ciasnych poglądach, którzy wskutek skreślenia poszczególnych pozycyj nowej taryfy z roku 1901 przyznają faktycznie należytości, nie dorównujące nawet normom, oznaczonym w dawnej taryfie z roku 1855.

III. Że pomimo wszelkich sprawozdań, podań i petycyj lekarzy do dziś dnia jeszcze obowiązuje przestarzała taryfa z r. 1855 co do wynagrodzenia w sprawach cywilnych, a jakkolwiek trzy razy już zbierano urzędowe zestawienia, sprawy reformy tej taryfy dotąd nie ukończono.

IV. Że za badanie chorych umysłowych, za wydanie wywodu i orzeczenia nawet niskich pozycyj taryfy z roku 1855 sądy nie asygnują bez wyjątku, lecz w tych wypadkach, w których z powodu nieściągalności kosztów od strony interesowanej państwo te wydatki pokrywa, przeprowadza się targi z lekarzami, aby z tych minimalnych, ciężko zapracowanych należytości jeszcze do 50% opuścili.

V. Że polecenia do zbadania stanu umysłowego poszczególnych osób celem zawieszenia nad niemi kurateli, tudzież do wydania wywodu i orzeczenia odwołują sądy często po upływie całych miesięcy, a lekarze sądowi, którzy tymczasem badania przedsiębiorą i już wywód i orzeczenie opracowują albo je już gotowe mają, żadnego honoraryum za te czynności nie otrzymują.

VI. Że także w takich wypadkach, o jakich pod V. wspomniano, po uskutecznieniu badania i po spisaniu orzeczenia, lekarz ani grosza nie otrzymuje, jeśli nie doręczył jeszcze sądowi orzeczenia, a osoba badana tymczasem zmarła.

VII. Ministerstwo sprawiedliwości przypomniało sądom reskryptem z 4. kwietnia 1902 L. 20.201, że przed zbadaniem stanu umysłowego przez lekarzy sądowych w celu ustanowienia kurateli z powodu obłąkania lub głupkowatości należy przeprowadzić dochodzenia za pośrednictwem odnośnego sądu opiekuńczego o poprzedniem życiu i zachowaniu się chorego a wyników tego dochodzenia udzielić lekarzom sądowym przed wydaniem orzeczenia dla zużytkowania w orzeczeniu. Ale nie przyznano żadnej należytości za studyowanie tych aktów, których objętość i liczba niejednego lekarza sądowego zmusza do założenia i prowadzenia osobnej prywatnej registratury, wymagającej wiele czasu.

VIII. Rozporządzenie ministerstwa sprawiedliwości z 20 go marca 1901, wprowadzające nową taryfę zniosło wprawdzie rozdział II. taryfy dawnej z 17. lutego 1855, dotyczący czynności lekarskich, chirurgicznych i położniczych, dokonywanych z polecenia władz sądowych, ale nie wprowadzono za to odpowiednich i z postępem zgodnych ulepszeń taryfowych. W szczególności lekarze więzienni, pełniący powyższe funkcye w więzieniach, pomimo wyczerpującej, mozolnej, wiele czasu zabierającej, a ciągle wzrastającej pracy, nie mają ani stałej pensyi, ani dodatków aktywalnych, ani prawa do emerytury, z wyjątkiem Wiednia, gdzie dla naczelnego lekarza systemizowano IX. rangę i gdzie lekarz

nawet VIII. rangi może się dosłużyć. A przecież stałe pobory przyznano już i sługom rządowym, tudzież personalowi kancelaryjnemu, podczas gdy lekarze więzienni zadowalać się muszą zwykłą remuneracyą, która każdej chwili dopuszcza wypowiedzenie, a która od r. 1875, a zatem od 28 lat stoi w jednym poziomie, chociaż agendy lekarzy więziennych ustawicznie rosną, a wszelkie artykuły, niezbędne do życia, nadzwyczajnie podrożały. Tu naocznie przekonać się można o trafności słów, które według doniesień dzienników miał wypowiedzieć minister oswiaty dr. R. Hartel, że „dzisiaj istnieją takie wynagrodzenia lekarzy, którychby nie przyjął żaden służący“.

Fakta pod I. do VIII. wspomniane, stanowią grawamina, których nie potrzeba bliżej uzasadniać i komentować, aby wykazać konieczność zaradzenia złemu. Lekarze mają prawo domagać się bezzwłocznej poprawy tych stosunków, bo, jak zgodnie z rzeczywistym stanem, publicznie przyznano, lekarski stan dźwiga na swych barkach samarytańskie zadanie państwa i dzierży w swych rękach nadzwyczaj rozległą robotę drobiazgową przy zapobieganiu chorobom zakaźnym, a więc państwo nie może się wyrzec współdziałania lekarzy przy staraniach o zdrowotność publiczną. Ztąd administracya państwa ma powody starać się, aby działalności lekarskiej, która prawie we wszystkich gałęziach administracyi mniej, lub więcej ważną odgrywa rolę, biurokracya nie uważała i nie traktowała jako coś podrzędnego i przestarzałemi postanowieniami taryfowemi jej nie udaremniała, zwłaszcza gdy wydatki, potrzebne do usunięcia wskazanych wadliwości stosunkowo nie są wielkie i przy dobrej woli pokrycie na nie łatwo się znajdzie.

Postarano się przecież o daleko większe sumy, jak np. celem słusznego zupełnie podwyższenia poborów urzędników państwowych. Wedle sprawozdań dziennikarskich rychło doczeka się korzystnego załatwienia żądanie 41.600 urzędników, 5.100 nauczycieli i 24.000 służby o wliczenie im dodatków aktywalnych do wymiaru emerytury, czego im lekarze bynajmniej nie zazdroszczą, nadto ma być ustanowiony dla tego personalu dalszy dodatek aktywalny w wysokości 80% poborów wiedeńskich, na co wszystko fundusz państwowy znajdzie środki pokrycia. Wobec tego i lekarze mają prawo żądać, aby ich niezasłużenie nie odtrącano, lecz bez zwłoki dalszej spełniono ich słuszne, a przy tem i skromne postulaty.

---

## Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych.

III.

Ustawa nie unormowała stosunku lekarzy do kas chorych. W ogóle o lekarzach wspomina ustawa o zabezpieczeniu na wypadek choroby jedynie w § 39. ust. 3), gdzie związkom powiatowych kas dla chorych przyznano prawo „zawierania wspólnych umów z lekarzami, aptekami i szpitalami“. Nadto znajdujemy w wydanym przez rząd „wzorze statutu dla powiatowych kas chorych“ wzmiankę w § 27. ust. 2), że do zarządu kasy należy „mianowanie lekarzy i funkcyonaryuszów kasy chorych tudzież wydawanie im instrukcyj“. Zresztą są tylko w ustawie określenia takie, jak „pomoc lekarska“ itp.

Najczęściej obejmują lekarze kasowi posadę na podstawie stałych warunków na czas nieograniczony z prawem wzajemnego wypowiedzenia. Jedno tylko Towarzystwo kasy chorych w Wiedniu, mające członków z pośród funkcyonaryuszy handlowych, pozostawia swym członkom swobodę w wyborze, czy chcą ubezpieczyć sobie na wypadek choroby lekarstwa i pomoc lekarską pewnych lekarzy, przez kasę ugodzonych, albo też tylko wyższy zasiłek pieniężny, przy czem sam chory musi opłacać lekarstwa i lekarza, którego sobie wybierze.

W kilku pomniejszych miejscowościach niemieckich są kasy chorych z wolnym wyborem lekarzy (Pitten, Mistelbach, Landskron etc.).

W niektórych kasach są lekarze ustanowieni jako stali urzędnicy kasy, których można oddalić jedynie za naruszenie warunków ugody lub w drodze dyscyplinarnej. Są kasy, które ustanowiły dla swych lekarzy nawet fundusz pensyjny. Powiodło się też tu i ówdzie lekarzom ustalić nieco swój stosunek do kas. Tak np. Towarzystwo lekarzy kasowych w Wiedniu, do którego należą lekarze wiedeńskich kas chorych przy stowarzyszeniach, uzyskało tyle, że posadę może lekarzowi kasa wypowiedzieć tylko w pewnych, dokładnie określonych wypadkach, jako to przy przekroczeniach służbowych, przy przesiedleniu się z odnośnej dzielnicy itp. W wypadkach wątpliwych dopuszczalne jest odwołanie do sądu polubownego, który się składa z członków związku kas i z członków organizacyi lekarskiej.

Dążeniem lekarzy austryackich jest, by uzyskać dla Izb lekarskich wpływ przy zawieraniu umów z kasami chorych. Już V. Wiec Izb lekarskich zajął się gorliwie tą sprawą i powziął obowiązujące uchwały co do stosunku prawnego między lekarzami kasowymi a kasami. Jednakże usiłowania te rozbiły się o opór rządu, który po prostu zniósł dyrektywy co do zawierania umów między lekarzem a kasą chorych, wypracowane przez Izbę dolnoaustryacką. Jedynie tyle osiągnęła ta Izba lekarska, że jako nieuzasadnione ustawowo usunięto żądanie kilku powiatowych kas chorych, by stale ustanowieni lekarze kasowi składali przysięgę służbową.

Płacę pobierają lekarze kasowi po największej części według systemu ryczałtowego. Jest ona różną i waha się w granicach 2—3 kor. rocznie na każdego członka kasy. Przy tym systemie wynagrodzenie za poszczególne czynności lekarskie wypada bardzo niskie a według memoryału Izb lekarskich z r. 1901 wynosiło w r. 1899 w wiedeńskiej kasie powiatowej przeciętnie 19·9 hal., w związku kas przy stowarzyszeniach przemysłowych w Wiedniu nawet tylko 10·7 hal. do 14·9 hal. Dla wszystkich austryackich kas chorych wykazano przeciętną należytość za poszczególne ordynacye w kwocie 17·3 hal., a za odwiedziny chorego w domu 34·6 hal.

W niektórych kasach wzrasta z biegiem lat pierwotna płaca lekarza kasowego. Tak np. w wiedeńskim związku kas chorych przy stowarzyszeniach przemysłowych wynosi płaca lekarza z początku 140—160 kor. miesięcznie a w ciągu 15 lat wzrasta stosownie do klasy płacy do 200 - 240 kor. Lekarze specyaliści pobierają z początku 200 kor. i dochodzą do 300 kor. miesięcznie.

Starania lekarzy, by polepszyć warunki bytu dla lekarzy kasowych w drodze petycyj do rządu, podań, memoryałów itd. okazały się bezskutecznemi. W r. 1889 wydał wydział gospodarczy austryackiego Związku towarzystw lekarskich i Kolegium doktorów medycyny w Pradze odezwy do lekarzy, wzywające do jedności w postępowaniu, aby zapobiedz obniżaniu płacy lekarzy kasowych. W r. 1890 i 1893 nastąpiły petycye wiedeńskiego Kolegium doktorów medycyny i Tow. lekarskiego w VIII. dzielnicy Wiednia o zniesienie § 13 ust. 4) ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby, który to paragraf odnosi się do dobrowolnego zapisywania się na członków kas chorych. Dalej żądały petycye ustanowienia granicy dochodów dla członków kas chorych i lepszej płacy dla lekarzy. Mimo to rząd przeciwnie rozszerzył uprawnienia kasowe i w r. 1899 pozwolił wiedeńskiej powiatowej kasie chorych, by ubezpieczenie na wypadek choroby rozciągnęła także na rodziny członków, obowiązanych i nieobowiązanych do ubezpieczenia.

W r. 1897 Izby lekarskie wypracowały memoryał w sprawie kas chorych i doręczyły go prezydentowi ministrów, a w r. 1901 wniosły Izby wspólną petycyę i memoryał w tej samej sprawie do obu Izb Rady państwa i do Rządu. Wszystkie te zabiegi były dotąd bezskuteczne a śród lekarzy utrwala się przekonanie, że w walce przeciw wyzyskowi kas chorych mogą liczyć jedynie na własne siły, złączone w solidarnej organizacyi, któraby była w stanie dyktować warunki pracy lekarskiej. Do stworzenia takiej organizacyi jest jeszcze u nas daleko, jakkolwiek upadek ekonomiczny w naszym zawodzie obudza poczucie potrzeby łączenia się i wzajemnego popierania. Z drugiej strony dążność do scentralizowania zarządu kas chorych przedstawia dla lekarzy w niedalekiej przyszłości groźne niebezpieczeństwo, bo jeśli już dzisiaj lekarz nie łatwo zdoła uzyskać u zarządu Kasy chorych jakieś nieznaczne polepszenie bytu, to w przyszłości scentralizowane kasy chorych będą tworzyły ogromną potęgę, której jednostka bezwarunkowo stawić czoła nie może. Jedynie więc scentralizowanie również i organizacyi wszystkich lekarzy w całem państwie umożliwiłoby stanowi lekarskiemu zajęcie obronnej postawy i skuteczną obronę interesów zawodu. I w tym kierunku padły już hasła w niemieckich krajach austryackich.

Jakkolwiek na interwencyę rządu lub Rady państwa w obecnych stosunkach oglądać się nie możemy, to jednak nie należy się zupełnie zrzekać starań, by w drodze ustawodawczej wprowadzono wymagane poprawki do ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby. Owszem te starania powinno się czynić tem energiczniej, ile że rząd przygotowuje właśnie projekt reformy ustawy o ubezpieczeniu, a gdyby lekarze nie wdrożyli stosownych kroków w chwili właściwej, sami staliby się współwinnymi tych dalszych jeszcze klęsk, które na stan lekarski z ustawy o ubezpieczeniu łatwo spaść mogą. Musimy więc podnieść z wielkiem uznaniem, że w innych krajach Izby lekarskie i Towarzystwa lekarskie nie zasypiają sprawy i wyczerpują wszelkie środki legalne w walce o prawa lekarzy w stosunku do kas chorych. W dalj szym ciągu wspomnę tylko o najważniejszych momentach teakcyi.

---

# Taryfa lekarska.

II.

Najmniej zastosowania znalazła z Austryi tzw. taryfa przeciętna (Durchschnittstarif). Nie postanawia ona wcale ścisłych żadnych norm, lecz określa jedynie w przybliżeniu, ile mniej więcej należy się lekarzowi za pewną czynność. Mieści więc ona tylko pewną wskazówkę dla młodych lekarzy, rozpoczynających dopiero praktykę i nie mających zazwyczaj pojęcia, ile żądać mają za swą pracę. Mogłaby także posłużyć za informacyę dla publiczności, która już w życiu codziennem tak dalece przywykła do pewnych taks, że niejeden pacyent wprost zapytuje lekarza, ile mu się należy, lub żąda przedłożenia rachunku.

Ale ten cel informacyjny spełniają również i inne taryfy bez tych ujemnych stron, które tkwią w taryfie przeciętnej. Nie ulega mianowicie wątpliwości, że publiczność na niczem tak nie oszczędza, jak na leczeniu i lekarzu, a znając przeciętny poziom wynagrodzeń lekarskich, mało kto miałby ochotę do szczodrzejszego płacenia, więcej za to byłoby takich, którzyby pragnęli opustu z taksy przeciętnej i jeszcze byliby tego przekonania, że lekarz za drogo ich kosztuje.

Taryfa przeciętna nie stawia żadnej zapory przeciw nierzetelnej konkurencyi między lekarzami i przeciw licytowaniu usług lekarskich *in minus*, a więc nie spełnia jednego z głównych zadań etycznych dobrej taryfy lekarskiej. Nie może też ona być miarodajną ani dla sądów, ani dla innych instancyj (Izby lekarskie) w razie sporu między stroną a lekarzem co do wysości honoraryum, nie chroni więc od wyzysku ani lekarza wobec publiczności, ani niezamożnego chorego wobec zbyt wymagającego lekarza.

W Austryi wprowadzono prawie wszędzie taryfy lekarskie minimalne. Taryfa taka pozostawia ostateczne uregulowanie rachunku umowie między lekarzem i stroną, nie tamuje wcale indywidualizowania taksy czy to ze względu na osobiste kwalifikacye, lub pretensye lekarza, czy ze względu na stosunki lokalne (względna drożyzna środków utrzymania, względna zamożność ludności i t. d.), czy wreszcie ze wzgędu na szczególne okoliczności wypadku chorobowego. Taryfa minimalna oznacza jedynie dolną granicę skali wynagrodzeń i orzeka, że lekarzowi nie godzi się zniżać w wymogach poniżej taks ustanowionych, a strona, która w ogóle jeszcze może opłacić trudy lekarza dopuściłaby się wyzysku, gdyby *minimum* taryfy jeszcze na niekorzyść lekarza przekroczyć chciała. Przy tym systemie taryfowym wzięto więc za podstawę z jednej strony najniższy tylko stopień płatności pacyenta, a z drugiej strony jak najskromniejsze wymogi lekarza, zapewniające mu niezbędne *minimum egzystencyi* przy średnio rozległej praktyce. Taryfa minimalna ma doniosłe znaczenie etyczne i społeczne. Kładzie kres niemoralnej walce konkurencyjnej, zapobiega obniżaniu godności stanu przez przyjmowanie „szóstkowych“ wynagrodzeń, zapewnią lekarzowi skromne, lecz o tyle dostateczne dochody, że przy jakiej takiej klienteli może wyżyć z medycyny i poświęcić się swemu powołaniu w zupełności, krocząc za postępem nauki. Wywiera ona nie tylko na lekarza, ale i na publiczność pewien nacisk moralny i rzeczywiście reguluje skalę wynagrodzeń najniższych, jak to już doświadczenie pouczyło. Publiczność po większej części do taks minimalnych się stosuje, a dowodzi tego ta okoliczność, że w wielu krajach austryackich lekarze, pouczeni o skuteczności taryfy minimalnej, postarali się o jak najszersze jej opublikowanie częściowe w dziennikach, w pokojach ordynacyjnych i poczekalniach, nawet na publicznej tablicy ogłoszeń w gminach wiejskich.

A przy tem taryfa minimalna jest dość elastyczną nawet przy najniższem obliczaniu należytości, wprowadza bowiem wiele zasadniczych określeń, na podstawie których ta sama czynność w różnych okolicznościach różnie może być otaksowana. Przyjmując za najniższą jednostkę płacy zwykłą ordynacyę w domu lekarza w godzinie ordynacyjnej, reguluje ruch chorych, pragnących tańszej porady, a przez to poniekąd umożliwia i lekarzowi chwilę wypoczynku, lub rozrywki po mozolnej pracy. Inne zalety taryfy minimalnej poznamy przy szczegółowem jej rozpatrzeniu.

Zarzucają jej jedną wadę, a mianowicie, że publiczność *minimum*, w taryfie oznaczone, uważa ze swej strony jako *maximum* należytości i nie czuje się skłonną do wyższych płac. Jednakże tę wadę, mającą i przy roszczeniach sądowych znaczenie, stara się taryfa w ten sposób wyrównać, że do wiadomości publicznej przeznacza tylko ogólną część a szczegółowe pozycye mają służyć jedynie do informacyi lekarza.

Taryfy maksymalnej, ktoraby oznaczała wyłącznie górną granicę należytości lekarskich nie ma u nas w zastosowaniu. Ale niektórzy wnioskodawcy, zapatrzeni we wzór pruskiej taryfy lekarskiej, chcieli i w Austryi zaprowadzić system skombinowanej taryfy minimalnej i maksymalnej. Przy tym systemie taryfowym obie granice są nieprzekraczalne i *minimum* stanowi kres, poza którym lekarz czuć się ma prawo pokrzywdzonym a *maximum* byłoby zaporą, aby przypadkiem lekarz nie wyzyskał chorego.

Może być, że ze stanowiska społecznego jest wskazane zakreślenie i górnej granicy wymogów lekarza, ale stanowczo nie jest to zadaniem samych lekarzy, lecz rządu i gdyby u nas rząd wydał w drodze rozporządzenia lub w drodze ustawodawczej taryfę skombinowaną minimalną i maksymalną, lekarze z pewnością o to by nie sarkali, byle tylko przy układaniu taryfy zasiągnięto opinii sfer lekarskich. Ze stanowiska lekarzy trudno się jednak zgodzić na zasadę, że w ogóle może być jakieś *maximum* wynagrodzenia lekarza, bo wyleczenie chorego bogacza jest pomimo sowitej nagrody czynem humanitarnym, za który i jak największa zapłata nie wyrównuje jeszcze długu wdzięczności i uznania dla medycyny i jej wykonawców.

Taryfa stopniowana (Staffeltarif) rozróżnia różne stopnie wynagrodzenia za tę samą czynność lekarską stosownie do zamożności chorego i wprowadza zazwyczaj potrójną skalę, dla osób niezamożnych, ledwie mogących opłacać lekarza (a zatem skala minimalna) dla osób średnio zamożnych (skala przeciętna) i dla osób zamożnych (a zatem skala maksymalna). Taka skombinowana taryfa stara się uniknąć ujemnych stron zwykłej taryfy minimalnej, lecz w praktyce, jak sądzę, nie na wiele się przyda pod tym względem a ograniczając swobodę lekarza w ocenie stosunków majątkowych strony, ustanawia szablon niewykonalny.

Taryfa klasowa może mieć zastosowanie przy uchwalaniu taryfy dla większych okręgów, lub dla całego kraju. Ponieważ koszt utrzymania lekarza w stolicy kraju jest o wiele większy, niż na wsi, ponieważ i zdolność finansowa ludności w miastach jest większa, niż na prowincyi, słusznem więc byłoby oznaczenie potrójnych taks stosownie do siedziby lekarza: taks stołecznych, dla miast drugorzędnych i dla prowincyi. Taki podział na klasy widzimy w taryfie adwokackiej. Lecz zamiast kombinować trzy klasy w jeden system taryfowy daleko prościej jest utworzyć trzy odrębne taryfy dla każdej klasy z osobna, gdyby tego stosunki wymagały. Taryfa klasowa może być naturalnie albo minimalną, albo teoretycznie biorąc, maksymalną, albo minimalną i maksymalną, albo przeciętną, albo wreszcie stopniowaną.

# Z niwy dziennikarskiej.

Weszło już w modę, że literatura piękna bawi czytelników typami lekarzy moralnie zwyrodniałych, a w fejletonach pism codziennych nierzadko spotykamy długie powieści p. t. „Zbrodnia lekarza“ i t. p. Do tej kategoryi płodów najnowszej literatury, wzorowanej na brukowych romansach francuskich, lub niemieckich, zaliczyć wypada i ramotę, nagrodzoną na konkursie dramatycznym Wydziału krajowego, która nie przypadła do smaku publiczności lwowskiej i zmusiła dyrekcyę teatru do usunięcia dr. Rentlowa z repertoaru zaraz po pierwszem próbnem przedstawieniu.

Nie myślimy zaprzeczać, że w sferach lekarskich, podobnie jak w każdym zawodzie i w każdym stanie, znaleźć się mogą jednostki moralnie upadłe, twierdzimy jednak stanowczo, że przynajmniej w naszym kraju lekarz, nadużywający swego powołania do niskich, lub nawet zbrodniczych celów, wcale nie stanowi „typu“, nie jest zjawiskiem częstem, nie powinno się więc tego rodzaju wyjątkowych zupełnie postaci brać za temat powieści, dramatu, lub fejletonu dziennikarskiego, gdyż przez takie literackie uogólnienie wyrządza się wielką krzywdę całemu stanowi lekarskiemu, zasługującemu raczej na jak największe uznanie i wdzięczność społeczeństwa za bezinteresowne poświęcenie dla dobra cierpiących. Tymczasem żąda się od lekarzy obowiązkowego humanitaryzmu a wzamian za to darzy się ich paszkwilem, który czyta dziesiątki tysięcy prenumeratorów dziennika. Takie napaści są nie tylko bolesne dla lekarzy, jako niezasłużone szyderstwo, ale zdolne są one zachwiać zaufanie publiczności do sztuki lekarskiej i do lekarzy i doprowadzić do podobnych stosunków, jak w Wiedniu, gdzie agitacya antisemitów wypowiedziała otwartą wojnę przeciw racyonalnemu leczeniu. Tam jednak były przynajmniej partyjne pobudki polityczne, u nas natrząsanie się publiczne z lekarzy pochodzi jedynie z bezmyślności karygodnej brukowych fejletonistów.

Uwagi powyższe nasunął nam fejleton, napisany przez jakiegoś Prawdzickiego „na marginesie“ *Słowa polskiego* z dnia 3. maja b. r., a zatytułowany: Konsylium. Ponieważ nie wszyscy Koledzy czytują ten dziennik a wielu mogło nie zwrócić uwagi na fejleton Prawdzickiego, powtórzymy tu opis fejletonowy *Słowa polskiego*, jak we Lwowie wygląda konsylium powag le-

karskich. Fejletonista opowiada, że jakaś hrabina skutkiem irytacyi na raucie ciężko zaniemogła i tak dalej snuje wątek opowiadania:

„Pani hrabina nie znosi tłoku i gorąca, wyszła wcześniej, istota tak delikatna i wątła, musiała zawód i irytacyę przepłacić zdrowiem. Spazmy, mdłości, brak apetytu i kompletny zanik sił wzmagał się z dniem każdym. Zapisywany brom nic nie pomagał, było źle, coraz gorzej, tak, iż lekarz domowy oświadczył panu hrabiemu, do którego umyślnie pojechał aż do kasyna na ulicę Mickiewicza, że odpowiedzialności na siebie nie bierze i żąda bezwarunkowo na jutro zwołania konsylium.

Zirytowany hrabia przerwał bakarata, pojechał do domu i zarządził wszystko, aby tylko ukochanej swej zapewnić konieczny spokój, rządca kamienicy prosił nawet panią radczynię na drugiem piętrze, aby mimo soboty zaniechała trzepania dywanów na ganku i tradycyjnego bicia kotletów.

Około 12 w południe poczęli się zjeżdżać lekarze. Pan domu, służba oczekiwała ich w pokoju obok chorej, która widząc ten poważny nastrój całego otoczenia, miała sie faktycznie gorzej. Pan rządca oczekiwał lekarzy na schodach i wprowadzał z ukłonem, bez szelestu do pokoju, Eliaszowej zaś, żonie stróża, której dwuletnia Zośka najadłszy się na kolacyę grochu, darła się od nocy w niebogłosy, kazał pan rządca wynieść się z domu do stu dyabłów pod groźbą oddania jej do kryminału.

Po dłuższej konsultacyi udali się lekarze na naradę do gabinetu, drzwi pozamykano szczelnie, zapalono papierosy.

Lekarz domowy, podsuwając popielnicę starszemu koledze, pyta: No, cóż kolega powie?

— A niechże ich wszyscy dyabli wezmą, kolacya była nędzna, nudy śmiertelne, a w dodatku zerznęli mię w ferbla na przeszło 30 guldenów.

— A widzi kolega, mówiłem, chodźmy do Amerykanki! Nawet przy szampitrze byłoby taniej i weselej. Byłem sam, a bawiłem się nie źle tylko zaduch tam straszny, pełno żydów i muzyka nie wiem po co rznie noc całą bez opamiętania.

— No, to ja najpożyteczniej wieczór spędziłem, bo na łonie rodzinnem, rozpisywaliśmy z żoną listy do lokatorów, zawiadamiając o podwyższeniu czynszu od 1. maja. Trudno, podatki podwyższają, żona chce jechać do Ostendy, a tu jak na złość szkarlatyna ustała, a tyfus em tylko straszyli...

— E, kolega zawsze żartuje. A wiedzą sąsiedzi jak kto siedzi! Przedpokój zawsze pełny, nawet słyszałem, zaprowadziłeś już u siebie kartki z numerami.

— No, coś trzeba robić dla reklamy, byle interes szedł, zresztą ludzie sami tego chcą.

— Co robimy dzisiaj wieczór, możeby na Salwatorka do Ludwika?

— Dobra myśl, powiem żonie, że mam operacyę zapowiedzianą w szpitalu.

— No to chodźmy!

— Zaraz, trzeba jeszcze napisać receptę.

— No to niech kolega pisze, bo mnie pilno. Trzeba coś słodkiego, niech da olejku różannego, żeby pachło i daj signum, aby ładnie opakował.

Drzwi otwierają się, wychodzą poważnie adepci Eskulapa, zalecają spokój, dyetę i punktualnie brać lekarstwo. Stan groźny, ale nadziei tracić nie można, młodość powinna pomódz sztuce lekarskiej, jutro odwidzimy pacyentkę ponownie".

A zatem scharakteryzowano konsylium lekarskie jako blagę, a lekarzy jako chciwych grosza wyzyskiwaczy, umyślnie przesadzających niebezpieczeństwo choroby, aby mogli częściej chorego odwiedzać i dobrze sią obłowić.

Jak wielkie oburzenie wywołał ten artykuł w kołach lekarskich, dowodem liczne korespondencye na tem temat, które otrzymaliśmy a których zużytkować w łamach pisma nie możemy. Między innymi jeden z wybitnych praktyków lwowskich a zarazem stały prenumerator i przygodny współpracownik *Słowa polskiego*, wzywa nas, byśmy wdrożyli „jakąś doraźną akcyę w sprawie tej niesłychanej obelgi, jaka spotkała nasz stan" i oświadcza od siebie „gotowość przystąpienia do tej akcyi, choćby ona miała się skończyć bojkotem *Słowa polskiego*".

W odpowiedzi Szanownemu Koledze nadmieniamy, że my żadnej innej akcyi wdrażać nie możemy, jak tylko napiętnowanie publiczne podobnych wybryków *Słowa polskiego*.

— Lwowski organ partyi socyalno-demokratycznej *Głos robotniczy* poruszył w przededzień obchodu 1. maja kwestyę upaństwowienia lekarzy, proponując, by do innych haseł klasy robotniczej dołączyć okrzyk: „Niech żyje bezpłatna pomoc lekarska!" Postulat w tych słowach wyrażony, tak motywuje *Głos robotniczy*;

„Mówimy przez to, że służba sanitarna, przy której lekarze narażają swe zdrowie i życie, powinna stać się najzaszczytniejszą służbą państwową. Żądamy przez ten okrzyk, aby medycy i hygieniści stali się urzędnikami opłacanymi przez państwo. Aby ministeryum zdrowia publicznego miało dostateczne środki na urządzenie niezbędnych instytucyj zdrowotnych, jakoteż na utrzymanie takiej ilości lekarzy i pomocniczej służby lekarskiej, która by zapewniała każdemu obywatelowi nie tylko poradę w czasie choroby, lecz też wskazówki i pomoc niezbędną do utrzymania zdrowia.

Ministeryum zdrowia wykaże społeczeństwu przez prace swe statystyczne w jakim stopniu, nadwątlając organizmy robotników przez nędzną płacę i nadmierną pracę, przyczynia się ono do szerzenia epidemij, zmiatających nie tylko biednych, lecz i bogaczy. Ministeryum zdrowia doprowadzi medycynę do tej doskonałości, o której już teraz zaczynają mówić znakomici uczeni, a która niesłychanie zwiększy przeciętny wiek ludzkiego życia i samą śmierć uczyni cichym snem wypoczynku, nadchodzącym bez dolegliwości.

Mając na względzie to, cośmy wyżej powiedzieli, jako też niezliczone inne korzyści, których nawet poruszyć nie sposób w krótkim artykule, wzywamy was towarzysze, abyście w dniu święta majowego, obok innych wzniosłych okrzyków, które w dniu tym corocznie powtarzacie, a szczególnie obok okrzyku: „niech żyje 8 godzinny dzień roboczy", który wyraża pragnienie niewyczerpującej sił pracy, pragnienie niezbędnego każdemu człowiekowi spoczynku, dodali okrzyk: „niech żyje bezpłatna pomoc lekarska"! który wyrazi przekonanie nasze, że państwo powinno ochraniać nasze zdrowie i życie!"

---

# Położenie lekarzy kąpielowych.

*Podał dr. Z. Pelczar z Truskawca.*

Wczytując się pilnie w artykuły „Głosu lekarzy" który *sine ira et studio* zupełnie przedmiotowo porusza wszystkie kwestye żywotne obchodzące nasz stan, widzę, że nikt jeszcze nie zabrał głosu w sprawie położenia lekarzy zdrojowych *)

Zdawać by się przeto mogło, że mniemania przesadne o świetnem ich położeniu i powodzeniu są usprawiedliwione, że lekarze zdrojowi bez trudu i mozołu zbierają garściami złoto, bez zwykłych trosk, które towarzyszą pracy lekarskiej.

Tak przynajmniej utrzymują inspektorowie podatkowi, którzy dochody lekarzy obliczają w bardzo prosty sposób mnożąc ilość dni sezonu przez liczbę kilkunastu lub kilkudziesięciu, odpowiadającą ilości przyjętych przez dzień pacyentów. Jakie skutki już z tego samego dla lekarzy zdrojowych wynikają, wie każdy, komu tylko austryacka śruba podatkowa we znaki się dała. Skąd takie mniemanie przesadne o powodzeniu lekarzy zdrojowych się wzięło i w życiu utarło nie wiem — znając jednak od lat kilkunastu stosunki naszych zdrojowisk i warunki, w jakich lekarze pracują — pragnę zabrać głos, by prawdziwy stan rzeczy przedstawić, jaki w naszych zdrojowiskach panuje. Muszę zacząć jednak od samych zdrojowisk, t. j. tego podłoża niejako, na którem lekarze zdrojowi opierają swój byt.

Stan ten zdrojowisk zbyt dobrze ogółowi jest znanym, bym miał się długo nad nim rozwodzić.

Do niedawnych czasów zakłady nasze lecznicze ledwie że wygietowały, mimo, że hojnie przez naturę uposażone w czynniki lecznicze, nie mniej zbawienne i obfite — jak zakłady zagraniczne, ledwie prowadzić mogły swój żywot. — Brak odpowiednich mieszkań, brak w nich i w urządzeniach odpowiedniego komfortu — zła zazwyczaj komunikacya odstraszały zamożniejszych pacyentów, którzy do wygód przyzwyczajeni, nie potrzebując się liczyć z groszem — pomocy za granicą szukali.

U nas gromadziła się publiczność nie wymagająca, ale pozbawiona tego *nervus rerum* — który cuda stwarza i wszystko może, „pieniędzy". Brak zaś kapitałów w kraju — a poczęści brak inicyatywy i zmysłu kupieckiego u właścicieli zdrojowisk — przy braku nadziei oprocentowania się należytego wkładów sprawiły, że zdrojowiska nasze odłogiem leżały — podczas gdy zagraniczne kwitły i prawdziwie po amerykańsku się rozwijały.

W ostatnich dopiero latach widać postęp i rozwój bardzo znaczny i w naszych zakładach dzięki rozwinięciu się patryotycznego ducha — gdy stopniały lody obojętności na wszystko co nasze.

Dzięki nawoływaniom prasy i rosnącemu uciskowi wszystkiego, co polskie, u postronnych, obudziło się poczucie tak u lekarzy, jakoteż i publiczności — i wzrosło zainteresowanie się krajowymi zakładami, które poczęły dostrajać się do ogólnych wymogów i racyonalnie rozwijać się poczęły. — Wzrosła w ostatnich latach frekwencya gości — zmieniła się wielce na korzyść ich jakość, wzrosła jednak i liczba lekarzy a co za tem idzie i konkurencya, rozdrobniła się przez to i praktyka, stając się bardzo często przyczyną rozczarowań i zawodów. Prawdą mimo to jest, że stanowisko lekarzy zdrojowych z wyjątkami nie jest ostatniem, że nie należymy jak to o sobie powiedzieli fizycy do najbiedniejszych z najbiedniejszych — pragnę jednak wykazać, że nie przekraczamy miary przeciętnego praktyka lekarza w miastach.

Składa się na to wiele czynników.

Przedewszystkiem niestosunek ilości nie ogółem w miejscu kąpielowem bawiących, lecz prawdziwie się leczących do lekarzy ordynujących. Przeciętnie licząc wypada na jednego lekarza według listy osób 500—600 powtarzam według listy gości — w której pomieszczoną bywa i służba — restauratorzy, muzyka, w ogóle wszyscy przyjezdni choćby tylko 1 dzień bawiący — gdy na leczących zaledwie 50—60% ogólnej liczby wypada.

Dzienniki lekarzy poszczególnych wykazują, razem wszystkich wziąwszy, znacznie wprawdzie wyższą liczbę leczących się chorych, ale tylko dzięki temu, że żaden z nich nie jest Bogiem, i że wielu pacyentów od lekarza do lekarza wędruje, będąc opisanym u każdego z nich z osobna. Z liczby tych kilkuset chorych odpada najmniej znowu 30% na znajomych krewnych, prawdziwie biednych i tych co za biednych się przedstawiają — a którzy razem ich wziąwszy najwięcej lekarzowi kąpielowemu zajęcia dają, choć z tej prostej przyczyny, że ich nie wiele kosztuje.

Sezon u nas i ze względów klimatycznych i innych miejscowych stosunków, jak szkoły, ferye sądowe i t. d. trwa bardzo krótko, bo zaledwie koło 6 tygodni — które dla wszystkich lekarzy bez wyjątku stają się bardzo pracowitymi — i które lekarzowi kąpielowemu mają przynieść całoroczne jego utrzymanie. Rozpoczyna się prawdziwa praca wytężająca, prawdziwie w pocie czoła i z zupełnem zaparciem się siebie, z największym wysiłkiem sił fizycznych, myśli i nerwów. Lekarz pracuje wówczas dniem i nocą zawsze z myślą, by swoich pacyentów nie zrazić i by w tym krótkim czasie przynieść im ulgę w cierpieniach przeważnie przewlekłych, które miesiącami, a nieraz latami opierały się innemu leczeniu. — W tym krótkim czasie poznać indywidualność chorego — odpowiednie leczenie mu zastosować — nie jest to znowu zadanie tak łatwe, jak się to na pozór zdaje.

Pośród tej wytężającej i w najwyższy sposób wyczerpującej lekarza pracy mija tych parę tygodni — szczęśliwy zaś ten, kto w tym krótkim czasie potrafił zabezpieczyć sobie byt na resztę miesięcy roku.

Trzeba bowiem wglądnąć, że sezon trwa zazwyczaj 4 miesiące, podczas gdy lekarz zaledwie przez 6 tygodni popłatną praktyką się cieszy — musi jednak od początku do końca sezonu wytrwać na stanowisku — i wydawać na swoje utrzymanie przez ten czas co najmniej cztery razy tyle co w miesiącu stałego pobytu. Przez ten czas, o ile nie jest lekarzem zakładowym, musi opłacać dwa mieszkania — obydwa muszą być odpowiednio urządzone — lekarz musi przyzwoicie się ubierać — przyzwoicie żyć bez względu na to, czy po temu ma lub nie ma odpowiednie dochody.

Jego obowiązkiem jest godnie się prezentować — mieć w pierwszej linii otwartą kieszeń na wszelkie składki niestety tak częste w naszych zdrojowiskach — korzysta z tego lub nie, ale musi z obowiązku wziąć bilety na wszystkie przedstawienia i koncerty w ogóle tak lekko wydawać pieniądze, jak ogół o nim sądzi, że mu lekko przychodzą.

Kończy się wreszcie sezon, lekarz wraca do siebie do domu — i po czteromiesięcznej niebytności zaczyna co roku jak nowo osiadły swój zawód. Pacyentów stałych utrzymać mu trudno, gdy go przez tak długi czas nie było i zostaje zdany na praktykę przygodną, znowu najcięższą, a najniepopłatniejszą.

*) Owszem, był w przeszłym roku o tem piękny artykuł kol. dra Langiego, poruszający te same szczegóły, co i kol. dr. Pelczar. (*Przypisek Redakcyi*).

Zaczynają się przy tem inne troski — przychodzi płacić podatki niesłychanie wysokie — premie asekuracyjne, mieszkania i inne zobowiązania i pokazuje się, że z tych stosunkowo wielkich dochodów nie pozostaje nic do odłożenia na czarną godzinę, dobrze jeszcze gdy wystarcza na pokrycie niedoborów w zimowych miesiącach. Krótko mówiąc, po tych bliblijnych już nawet nie 7 lecz 5 lub 6 tygodniach tłustych, następuje długi szereg chudych dla lekarza miesięcy walki i troski tak niestety znanej w naszym zawodzie. Dodać w końcu muszę, że w zdrojowiskach panuje moda, dzisiaj podoba się ten, w lat kilka wchodzi w modę drugi lekarz — szczęśliwy ten, co w chwili powodzenia potrafi zabezpieczyć byt sobie i swojej rodzinie — dzisiaj jednak coraz trudniej o to — i jak znikomo mały procent lekarzy to osiąga.

## W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych.

Sprawa rozszerzenia kulparkowskiego zakładu dla obłąkanych lub budowy drugiego podobnego zakładu w Galicyi zachodniej nie schodzi od lat paru z porządku dziennego dyskusyi w pismach fachowych i politycznych tudzież w kompetentnych korporacyach i ciałach reprezentacyjnych.

Podczas ostatniej sesyi sejmowej odrzucono propozycye Wydziału krajowego, przyjęto w tej sprawie wnioski komisyi sanitarnej, referowane przez kol. dr. Wursta. Przypuszczając, że ta sprawa, poruszająca w kraju opinię publiczną, interesować powinna przedewszystkiem lekarzy, przytaczamy tu sprawozdanie Wydziału krajowego i Komisyi sanitarnej.

### *Sprawozdanie Wydziału krajowego.*

Znaczna liczba umysłowo chorych w kraju, nie znajdująca pomieszczenia w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie i na oddziale szpitala św. Łazarza w Krakowie, zniewoliła Sejm w roku 1901 do powzięcia następującej uchwały:

„Wzywa się Wydział krajowy o przedłożenie na najbliższej sesyi takich wniosków, by na ich podstawie budowa na Kulparkowie schroniska na 500 chorych obłąkanych, według przedłożonych Komisyi sanitarnej planów, mogła być w najbliższej przyszłości podjętą i stopniowo przeprowadzoną“.

Wydział krajowy spełniając to polecenie przedłożył 14. grudnia 1901 roku wniosek o zbudowanie sześciu pawilonów dla nieuleczalnych chorych, oraz pawilonów dla warsztatów, dwóch domów na pomieszczenie lekarzy i urzędników, a także rozszerzenia urządzeń gospodarczych zakładu kulparkowskiego kosztem, opiewającym na sumę, kosztorysem podaną 857.200 koron.

Wobec nie załatwienia tej sprawy na ostatniej sesyi Sejmu, Wydział krajowy przedkładając ponownie swe sprawozdanie w tym przedmiocie, musi zaznaczyć, że obecnie prócz podniesionego na wstępie względu staje się sprawa rozszerzenia zakładu obłąkanych rzeczą piękąco potrzebną i szczególnie nagłą, a to wobec wprost nieznośnych stosunków, jakie wskutek przepełnienia Kulparkowa ponad wszelką miarę w nim zapanowały.

Od trzech lat napływ chorych na obłąkanie tak w Kulparkowie jak w Krakowie wzrasta nieustannie, tak że jeden zakład drugiemu z pomocą przyjść nie może. W zakładzie kulparkowskim, mającym miejsca na 560 łóżek, w roku 1900 leczono 1605 w ciągu 284.045 dni leczenia, czyli dziennie w przecięciu 778;

W 1901 leczono 1669 w ciągu 296.450 dni czyli przeciętnie 812.

W 1902 leczono 1829 w ciągu 322.121 dni czyli przeciętnie 876.

W roku zaś bieżącym liczba chorych leczonych dochodziła 1056, a nie była niższą od 900 to jest prawie dwa razy większą, aniżeli zakład może pomieścić chorych bez obawy wywołania następstw przepełnienia.

Taki stan rzeczy zmuszał Dyrekcyę zakładu do wydalania bardzo wielu spokojnych chorych, pomimo iż stan ich umysłowy, jako też i stosunki domowe, wymagały jeszcze zatrzymania ich w zakładzie, aby uniknąć nawrotu tej samej choroby. Co więcej przy takiem przepełnieniu zakłady te tracą zupełnie swój charakter leczniczy, w takich bowiem warunkach należyte leczenie staje się niemożliwem, dozór wielce utrudniony, zwiększa się możliwość uszkodzeń cielesnych u chorych i pojawiają się choroby, wynikające z reguły z przepełnienia szpitala, jak dysenterya, egipskie zapalenie oczu, tyfus i t. d., które mogą przemienić się w groźną epidemię w całym zakładzie.

Na pogorszenie sanitarnych warunków w pewnej mierze wpływa umieszczenie w bliskiem sąsiedztwie zakładu budynków folwarcznych, a mianowicie krowiarni, mieszczącej 40 krów, stajni na 4 konie i 12 roboczych wołów wreszcie chlewów dla świń wraz z obszerną gnojownią.

Celem przysporzenia pomieszczenia napływającym do zakładu chorym, poleciliśmy: 1. przerobić dawny budynek folwarczny, przeznaczony na mieszkanie rządcy i dwóch oficyałów tudzież dawne pomieszczenie warsztatów i szwalni jakoteż sali bilardowej na sypialnie dla 93 chorych; 2. kazaliśmy przerobić dwie ogrodowe altany na czasowe pomieszczenie 25 chorych, a także jednemu z prymaryuszów udzieliliśmy relutum na zajęcie pomieszkania w mieście, jednego zaś sekundaryusza umieściliśmy w wynajętem poza zakładem mieszkaniu, aby ubikacye, przez nich zajmowane w zakładzie, przerobić na sale dla 32 chorych. Wszystkie jednak te zarządzenia są tylko paliatywami, zgoła niewystarczającymi.

Oczywiście, że wśród takich stosunków w zakładzie kulparkowskim o właściwem leczeniu chorób umysłowych, co przecież powinno być istotniem jego zadaniem, nie może być mowy, tak że zakład ten wobec innych nadto poważnych braków i usterek, utracił charakter zakładu leczniczego, a stał się raczej przytuliskiem detencyjnem.

Na tę zmianę charakteru leczniczego zakładu kulparkowskiego, na jego niedostatki i wady zwróciła też uwagę Krajowa Rada zdrowia przy ocenieniu projektu Wydziału z roku 1901, a c. k. Namiestnictwo, opierając się na tej opinii, doradzało, by zakład ten przekształcić stale na zakład dla nieuleczalnych, a nakład pieniężny mający się z funduszów krajowych uczynić użyć na zbudowanie pawilonów leczniczych, przystosowanych do nowoczesnych wymagań nauki psychiatrycznej.

Do zapatrywań tych przystąpiła także i sejmowa komisya sanitarna, która w sprawozdaniu swojem z dnia 4. lipca 1902 roku przedłożyła Sejmowi wniosek, aby upoważnić Wydział krajowy 1) do wybudowania pięciu pawilonów i jednego domu roboczego dla uleczalnych umysłowo chorych, tudzież koniecznych budynków administracyjnych, 2) do stopniowej zmiany dzisiejszego zakładu w Kulparkowie na schronisko dla nieuleczalnych niespokojnych chorych, 3) do wdrożenia rokowań z rządem, ażeby przystąpił do budowy kliniki psychiatrycznej we Lwowie, do której to budowy fundusz krajowy przyczyni się tylko kwotą 82.399 koron.

Wydział krajowy nie zapoznawał zgoła, że nadmierne przepełnienie chorymi jest tylko jednym (co prawda największym) brakiem zakładu kulparkowskiego i że obok tego posiada zakład ten cały szereg rozlicznych innych niedostatków. Mając jednak na uwadze trudności finansowe i stosując się ściśle do uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 2. maja 1900 r., ograniczył się w sprawozdaniu swem z roku 1901 tylko do wniosków, zmierzających do przysporzenia pomieszczenia dla nieuleczalnych, pozostawiając sprawę ulepszeń — przyszłości.

Wobec jednak tak poważnych głosów jak opinie c. k. Namiestnictwa i Rady zdrowia, a zwłaszcza Sejmowej komisyi sanitarnej, nadto mając na względzie, że poprawienie leczniczych warunków zakładu kulparkowskiego, usnięcie wad i niedostatków, wprost sprzecznych z wskazówkami hygieny i przystosowanie zakładu tego do postępów wiedzy psychiatrycznej na dłuższy czas nie dałoby się odwlec i że wydatek na ten cel w najbliższej przyszłości koniecznie trzeba będzie ponieść, przyszedł Wydział kraj. do przekonania, że jest rzeczą ze wszech miar wskazaną projekt rozszerzenia zakładu na pomieszczenie większej liczby nieuleczalnych, traktować łącznie ze sprawą ulepszenia leczniczych warunków jedynego w kraju zakładu dla leczenia obłąnych. Dwa te bowiem zagadnienia pod wielu względami ze sobą się wiążą i są od siebie zależne. Niema potrzeby uzasadniać, że dla polepszenia leczniczych warunków jest konieczne rozsegregowanie niektórych kategoryj chorób i umieszczenie w osobnych odpowiednio urządzonych ubikacyach.

Są to rzeczy naukowo i w praktyce stwierdzone, co już prowadzi do powiększenia ilości łóżek i pomieszczeń dla nich.

W ten więc sposób przedstawił się do rozwiązania problemat, w jaki sposób połączyć sprawę rozszerzenia zakładu o 500 łóżek ze sprawą polepszenia leczniczych warunków zakładu kulparkowskiego. Wydział krajowy nie uznał za trafne to rozwiązanie powyższego zagadnienia, jakie doradza Rada zdrowia, by zaprojektować budowę nowych pawilonów dla uleczalnych a istniejący zakład przemienić na schronisko dla nieuleczalnych. Byłoby to bowiem nie tylko bardzo kosztownem, ale nadto poniekąd prowadziłoby do zmarnowania znacznego wydatku, na Kulparków wyłożonego, tem mniej koniecznego, ile że kulparkowski zakład, po poczynieniu w nim niektórych zmian i ulepszeń i po dobudowaniu brakujących pawilonów dla niektórych kategoryj chorób, może bardzo dobrze pełnić zadanie zakładu leczniczego, przy czem uzyska się zarazem pomieszczenie na większą liczbę umysłowo chorych. Należało jednak naprzód dokładnie zbadać, jakiego rodzaju zmiany i ulepszenia byłyby w zakładzie kulparkowskim konieczne, by on odpowiednio do postępów wiedzy psychiatrycznej, jako racyonalnie urządzony zakład leczniczy mógł dalej funkcyonować.

Dla poczynienia takich studyów wysłaliśmy Dyrektora szpitala i architektę naszego do nowopowstałych i wzorowo urządzonych szpitali dla umysłowo chorych w Niższej Austryi (Mauer Oeling) i w Czerniowcach. Studya te wykazały, że aby zakład kulparkowski stał się wprawdzie nie wzorowym, ale przecież odpowiednim zakładem leczniczym dla umysłowo chorych, zachodzi konieczna potrzeba zbudowania pawilonu izolacyjnego dla zdarzających się w zakładzie wypadków chorób zaraźliwych i zbudowania dwóch pawilonów męskiego i żeńskiego dla niespokojnych chorych, wynagających odmiennego traktowania, a zarazem odpowiednich ubikacyj dla nowoprzyjętych chorych, których przez pewien czas, aż do skwalifikowania choroby, należy trzymać pod obserwacyą. Nadto należałoby niezbędnie usunąć z zakładu mieszkania urzędników, funkcyonaryuszów i służby zakładu, których pomieszczenie z rodzinami, gospodarstwem i służbą niszczy porządek, a przyczynia niepokój i psuje powietrze w zakładzie. Funkcyonaryuszów tych umieścić wypadnie w nowo dla nich mających się pobudować domach.

Należy także zbudować i urządzić odpowiednie warsztaty dla zajęcia chorych robotami, umożliwi to pewne spożytkowanie pracy chorych, a zarazem jest ważnym środkiem leczniczym.

Należy też niezbędnie zaopatrzyć zakład w zdrową wodę do picia, rozszerzyć kuchnię i pralnię, usunąć z pobliża zakładu to wszystko, co w wyższym stopniu zapowietrza jego otoczenie, a mianowicie chlewy na świnie, wreszcie racyonalnie urządzić kanalizacyę, dla odprowadzenia płynów i fekaliów.

Pobudowanie wspomnianych pawilonów i przeobrażenia w zakładzie przysporzą pomieszczenia dla 200 chorych, a zarazem tak rozszerzony i przekształcony zakład odpowiadałby w zupełności wszystkim warunkom leczniczego zakładu psychiatrycznego. Chcąc zaś po myśli uchwały Wysokiego Sejmu rozszerzyć zakład o dalsze 300 łóżek, wypadałoby dobudować nadto cztery pawilony, każdy na 75 łóżek.

Rzecz ta dałaby się osiągnąć także w inny sposób.

Przedłożona Wydziałowi krajowemu przez właściciela zamku w Krystynopolu, hr. Stanisława Wiśniewskiego, oferta na sprzedaż tego zamku, dała Wydziałowi krajowemu możność rozważenia, czy nie byłoby właściwszem zamiast budowy 4 pawilonów dla nieuleczalnych w Kulparkowie nabyć Krystynopol i urządzić tam rozmieszczenie 300 łóżek dla nieuleczalnych umysłowo chorych.

Mając na uwadze korzystne hygieniczne położenie zamku krystynopolskiego wśród parku, sadu i ogrodów warzywnych, przy stacyi kolejowej i miasteczku, zarządził Wydział krajowy zbadanie przez lekarsko-techniczną komisyę, czy zamek ten byłby na umieszczenie umysłowo chorych odpowiednim i jaki byłby koszt nabycia go wraz z potrzebnemi adaptacyami i dobudowaniami, wreszcie jaki byłby stosunek kosztów samoistnej administracyi tego zakładu do zwiększonych w razie rozszerzenia Kulparkowa kosztów administracyjnych tego ostatniego.

Badania lekarskie, przeprowadzone przez inspektora krajowych szpitali i członka krajowej Rady zdrowia Dr. Opolskiego, dały wynik korzystny; studya zaś techniczne i wykonane przez architektę plany wykazały, że po nadbudowaniu pięter nad bocznemi skrzydłami pałacu (nad środkowym traktem istnieje piętro) znajdzie się w nim pomieszczenie wygodne na 300 łóżek.

Problemat poprzednio przedstawiony znalazłby zatem swe rozwiązanie w następującym alternatywnym projekcie:

Budowa dwóch pawilonów dla niespokojnych chorych, dla zakaźnych i t. d., oraz przekształcenia i uzupełnienia powyżej wyszczególnione w Kulparkowie, i

a) bądź budowa czterech pawilonów dla nieuleczalnych na 300 łóżek w Kulparkowie; bądź

b) zakupno Krystynopola i urządzenie go na 300 łóżek dla nieuleczalnych.

Pragnąc utwierdzić się w trafności tego projektu, zarządził Wydział krajowy ankietę fachową z dnia 22. grudnia 1902, w której skład weszli lekarze: Drowie Kohlberger, Kruszyński, Maliszewski, Opolski, Sawicki, Żuławski, Merunowicz, Inspektor szpitali i technik Kamienobrodzki.

Ankieta zbadawszy szczegółowo całkowity projekt i tegoż alternatywę, uznała projekt za odpowiedni, dając wyższość kombinacyi, połączonej z zakupnem Krystynopola. Wobec tego pozostało ustalić sprawę kosztów i zestawić porównanie finansowe obydwu alternatyw.

Tym celem zarządził Wydział krajowy wykonania technicznych projektów i kosztorysu dla budowli i nakładów w Kulparkowie, a oddzielnie dla Krystynopola. (Dalszy ciąg nastąpi).

## Z organizacyj.

W dniu 10. maja odbyło się konstytuujące Walne Zgromadzenie lwowskiej Reprezentacyi Tow. Samopomocy. Pomimo, że zaproszenia rozesłano do wszystkich lekarzy, we Lwowie zamieszkałych, stawiła się tak nieliczna garstka, że wobec tej apatyi nawet największym optymistom nasuwa się pytanie, czy u nas o jakiejkolwiek organizacyi zawodowej między lekarzami w ogóle marzyć można. Jeśli koledzy lwowscy zupełnie są obojętni na sprawy organizacyjne, to może szkoda zachodów i czasu, który poświęca ruchliwsza garstka lekarzy i w takim stanie rzeczy wypadałoby zastanowić się na seryo, czy nie lepiej dać pokój całej tej robocie i zaczekać, aż stosunki lepiej dadzą się wszystkim we znaki i pouczą ogół o potrzebie łączenia się w celu wspólnej obrony.

Na razie zgromadzeni nie poddali się tak smutnym refleksyom i obradowali ochoczo. Do Zarządu wybrano: prof. Ziembickiego (prezes), dr. Zgórskiego (zastępca prezesa), dr. Mańkowskiego (skarbnik), dr. Mayera (sekretarz), dr. Mikołajskiego (członek zarządu). Do komisyi kontrolującej weszli: dr. Pilewski i dr. Moszkowicz. Do sądu polubownego powołano: prof. Glużińskiego, doc. Bednarskiego i dr. Wajgla Eugeniusza.

Na wniosek dr. Mikołajskiego uchwalono utworzyć w łonie Reprezentacyi agencyę ubezpieczeń na życie w Tow. wzaj. ubezp. w Krakowie. Agencya ta będzie pośredniczyła w ubezpieczeniach lekarzy w okręgu Sądu obwodowego lwowskiego, tudzież osób, przez lekarzy do ubezpieczenia za pośrednictwem agencyi zjednanych, a prowizye od Tow. ubezpieczeń otrzymane obróci się na fundusz specyalny, przeznaczony dla ubezpieczających się lekarzy, zwłaszcza zaś na ułatwienie tym lekarzom spłaty miesięcznych premij w razie czasowej niezdolności płatniczej z powodu choroby lub innej przygody. Bliższe szczegóły omówimy w najbliższym numerze „Głosu lekarzy“.

Dalej poruczono Zarządowi Reprezentacyi, by jak najrychlej wprowadził w życie Tow. zaliczkowe dla lekarzy, oparte na asekuracyi życiowej.

Na wniosek dr. Paklikowskiego polecono Zarządowi rozpatrzyć sprawę ambulatoryów bezpłatnych i zdać sprawę na najbliższem zebraniu Reprezentacyi.

Nowo wybrany Zarząd doniósł o ukonstytuowaniu Reprezentacyi do namiestnictwa i zamierza rączo zabrać się do roboty, której życzymy jak najlepszego powodzenia.

## Sprawa szpitalika św. Zofii.

Nieporozumienia z powodu nominacyi prof. Raczyńskiego dyrektorem i prymaryuszem szpitala spowodowały to dobre dla Towarzystwa i instytucyi szpitalika następstwo, że w mieście Lwowie szeroka publiczność zainteresowała się losami szpitalika i w krótkim czasie liczba członków Towarzystwa z 20 wzrosła podobno do 500! Mało które Towarzystwo humanitarne może się poszczycić takim zastępem członków a jeśli uda się usunąć nieporozumienia, będzie zapewne można skorzystać z powszechnego zainteresowania dla dalszego rozwoju szpitalika.

Jest wszelka nadzieja, że przy dobrej woli obu stron da się załagodzić spory w łonie Towarzystwa i dopomódz do otwarcia wykładów pediatryi, a zarazem zabezpieczyć niezależność instytucyi od rządu. W tym względzie odbyły się rokowania w ostatnich dniach, lecz nie ukończono ich jeszcze w chwili zamknięcia tego numeru, podamy więc wiadomość o ich wyniku w numerze następnym.

## KRONIKA.

**Ś. p. Dr. Jan Chądzyński.** Wspomnienia pośmiertne i szumne nekrologi pisze się tak często i dla tak rozmaitych ludzi, że publiczność nawykła odczytywać same pochwały dla nieboszczyków, których zasługi często bardzo są wątpliwe, okazuje pewną obojętność dla tego rodzaju artykułów. A przecież są ludzie, którym wspomnienie pośmiertne należy się, dla których nekrolog jest ostatnim długiem zasłużonej czci i pamięci nie tylko rodziny i przyjaciół, ale całej ludności miasta, prowincyi, a nawet kraju.

W rzędzie takich wybranych godzi się postawić człowieka, któremu wspomnienie to poświęcam.

Zgon jego okrył ciężką żałobą wszystkich, którzy go znali, a brak jego dotkliwie odczuli ci, którzy kiedykolwiek korzystali z jego nauki i opieki. Niestety nasze dzienniki stolicy nawet nie wspomniały o zgonie ś. p. Jana. Jeżeli kto nareszcie ma sprawiedliwy tytuł do publicznej wdzięczności, to niewątpliwe lekarz, który poświęcił się wyłącznie tak zwanej praktyce prywatnej i szpitalnej. Zawód ten nazywamy pospolicie niezawisłym i szlachetnym, lecz jest on niezaprzeczenie zarazem najniewdzięczniejszym ze wszystkich zajęć, jakim się może oddać lekarz. Praktyczny medyk, nie mający praktyki, musi walczyć z niedostatkiem, czasem z głodem, do czego jednak przyznać mu się nie wolno. Posiadający znowu liczną klientelę jest poprostu niewolnikiem, nie mogącym nawet odwołać się do wspólnych wszystkim praw śmiertelnego człowieka bez narażenia się swoim pacyentom.

Ś. p. dr. Jan Chądzyński praktykował od szeregu lat we Lwowie, będąc zarazem prymaryuszem szpitala powszechnego na oddziale męskim chorób umysłowych. Piszący te słowa pracował razem z ś. p. dr. Janem przeszło rok cały i nieraz korzystał, jako sekundaryusz, z jego światłych rad i wskazówek. Biografia jego krótka, nie przedstawia dla czytelnika ani dla potomności nic nadzwyczajnego.

Urodził się w r. 1824 na Podolu rosyjskiem. Tam uczęszczał do gimnazyum. Medycyny słuchał w Paryżu, następnie był w powstaniu w r. 1863 a jako młody jeszcze lekarz przybył do Lwowa, gdzie otrzymał prymaryat na oddziale chorób umysłowych. Pracując bardzo gorliwie przez szereg lat, gdy oddział tychże chorób został przeniesiony do Kulparkowa, przeszedł ś. p. Jan na oddział chorób skórnych kobiecych, gdzie też pracował do emerytury. O ile mi wiadomo, ś. p. Jan napisał kilka rozpraw o chorobach nerwowych a między innemi wydał obszerne dziełko p. t. „Aforyzmy o chorobach wenerycznych“. Praktyka jego była sumienna i gorliwa, kierowana głęboką wiedzą, zjednała mu też imię zdolnego lekarza. Oprócz wysokich zdolności i bezinteresownej gorliwości posiadał nieboszczyk najpiękniejsze przymioty człowieka i obywatela: dobroć serca, poczucie prawdziwego patryotyzmu, którego nieraz dawał dowody i niezrównaną prawość w stosunkach koleżeńskich.

Chorował od dłuższego czasu na wadę sercową i słabość ta przerwała pasmo dni jego.

Pamięć jego pozostanie długo w sercach życzliwych kolegów, przyjaciół i publiczności.

Cześć jego popiołom! *Dr. Antoni Roicki.*

**Fundusz zapomogowy.** Pozostało 732 kor. 82 hal. Przybyły honorarya autorskie: Dr. A. Roicki 7 kor. 83 hal., dr. St. Zasacki 1 kor. 62 hal. Pozostaje **742 kor. 27 hal.**

**Dyablik drukarski.** W poprzednim numerze naszego pisma zaszły dwa błędy drukarskie, zmieniające treść odnośnych zdań w odpowiedzi inicyatorów zgromadzenia lekarzy z 28. marca b. r. Zamiast: „Jest to armia kilkudziesięciu osób zrezygnowana i karna“ powinno być „zszeregowana i karna“. Na str. 10. zamiast „démaitre“ powinno być: „démettre“.

**Zmarli.** Dr. Aleksander Kluczycki zmarł w Wiedniu. Dr. Jan Chądzyński zmarł we Lwowie.

**Na cele Towarzystwa Samopomocy lekarzy** złożył kol. Zenon Pelczar z Drohobycza 200 (dwieście) koron *„zamiast kwiatów i bukietów składanych pacyentkom, wyjeżdżającym z Truskawca“* przeznaczając 100 kor. na podupadłych lekarzy, a 100 kor. na wdowy i sieroty.

Generalny sekretarz *Dr. Langie.*

## Wykaz prenumeratorów.

(Ciąg dalszy.)

Dr. Pilewski 3·— kor., dr. Jarocki 3·—, dr. Mehrer 6·—, dr. Bobkiewicz 9·—, Henryk Raab 2·—, dr, Mach 3·—.

## Korespondencya redakcyi.

Kol. dr. Mach: Wpisowe do Tow. Sapomocy wynosi 2 kor. a władka 12 kor. rocznie. — Dr. *XY.* Wobec braku taryfy lekarskiej trudno ściśle określić wysokość wynagrodzenia w tym przypadku, lecz sądzę, że za obrót przy łożysku poprzedzającem najskromniej liczyć można 30 kor., za podróż i stratę 8 godzin czasu a w tem 5 godzin w nocy co najmniej 30 kor., razem więc minimalna pretensya wynosiłaby 60 kor., od osoby zaś zamożnej wypadałoby żądać więcej.

# CENNIK

## sterylizatorów patentu Dra A. Wątorka

a zarazem

**przedstawienie idei wynalazku, opis przyrządu, sposób jego użycia.**

ADRES:

**Dr. A. WĄTOREK, Austria, Lwów, ul. Szeptyckich l. 30. I. p.**

(Dokończenie.)

### Sposób użycia przyrządu.

**I. Składanie przyrządu do transportu.** Do pudła dolnego przyrządu wkłada się najpierw *sztelarz*, następnie *gumy wężownicy*, potem *wężownicę*, na której ustawia się *sito z instrumentami*, między którymi znajduje pomieszczenie sitkowe ujście umywalni wraz z rączką kurka. Na sicie dolnym ustawia się sito górne, w którym obok gumy irygatora oraz 2-ch lamp Nowakowskiego lub jednej lampy kompletnej systemu dr. A. Wątorka — znajdują pomieszczenie opatrunki, oraz flaszki z antyseptykami. Przyrząd po nakryciu nakrywą, wkłada się do futerału. W kopule wieka futerału znajduje pomieszczenie: Płaszcz operacyjny, ręczniki etc. Krótko mówiąc: W ręcznej lekkiej walizce ma lekarz kompletne urządzenie aseptycznej sali operacyjnej — wraz z wszelkimi utensiliami, koniecznymi dla przeprowadzenia danej operacyi w sposób asysteczny.

**II. Nastawianie przyrządu do sterylizacyi:** Na stoliku kuchennym ustawia się na sztelarzu naczynie dolne przyrządu, poczem nalewa się tyle wody, aby narzędzia ułożone w sicie dolnym, ustawionym na wężownicy, całkowicie były zamoczone. Między narzędziami wygotowuje się odejmowalne sitkowe ujście umywalni. Na sicie dolnym ustawia się sito górne z przedmiotami mającymi być sterylizowanemi w parze, do których należy guma irygatora. (Przez gotowanie guma by się popsuła.) Przyrząd nakrywa się nakrywą. Lampkę, względnie 2-ie lampki Nowakowskiego, napełnia się w $^2/_3$ spirytusem, zapala i wsuwa pod przyrząd. Pojemność i siła ogrzewająca lampek, są tak dobrane, że po jednorazowym wypełnieniu ich spirytusem, 4 litry wody zimnej w 20-tu minutach doprowadza się do wrzenia i wrzenie to utrzymuje się przez 10 minut przeszło, zanim lampa zgaśnie. —Że płyn wrze, manifestuje się energicznem wydobywaniem się pary dwiema szczelinami około wystających końców wężownicy.

**III. Chłodzenie przyrządu:** Jeżeli nie ma pośpiechu, należy przyrząd pozostawić nakrytym i nakryty chłodzić. (Chłodzenie trwa blisko 10 minut.) Na obydwa końce chłodnicy zakłada się gumy z ciężarkami. Koniec jednej gumy wkłada się do konewki z zimną wodą, drugiej zaś bierze się do ust i ssie cokolwiek, poczem się go obniża do podstawionej czystej gospodarczej miednicy. — Po chwili woda zaczyna przepływać na zasadzie praw lewarowych, ogrzewając się bardzo znacznie. — Tej ciepłej wody (oczywiście nie aseptycznej), używa się do 1° gruntownego oczyszczenia mechanicznego z brudu rąk i pola operacyjnego. Roztworu zaś wody wyjałowionego i wychłodzonego w przyrządzie, do właściwych procedur sterylizacyjnych i do opłukiwania rąk w czasie operacyi z krwi. - Chcąc możliwie pospiesznie ukończyć chłodzenie: odkrywamy przyrząd, chwytamy za oba końce wężownicy, przezktórą płynie zimna woda i podnosząc oraz opuszczając chłodnicę, mięszamy płyn w przyrządzie. — Chłodzenie trwa około 3—5 minut.

**IV. Użycie przyrządu podczas operacyi:** Przyrząd wychłodzony przenosi się wraz ze sztelarzem w pobliże miejsca operacyi i stawia się na stole, przykrytym czystym prześcieradłem w ten sposób na sztelarzu, że wyloty kurka wystercząją ponad krawędź stołu. (Patrz fig. 1.) Pod wyloty kurka podstawia się na krześle miednicę gospodarczą, poczem na oba szlifowane wyloty kurka nasadza się a) między instrumentami wygotowany sitkowy wylot umywalni; b) w parze wyjałowioną gumę irygatora, zaś do główki klucza wkręca się długą rączkę, która umożebnia zamykanie i odmykanie kurka nie ręką, ale łokciem operatora. — Zdjęta nakrywa służy jako użyteczna przy operacyi pojemna miednica aseptyczna (na wacik, na pewną część instrumentów, na sporządzenie roztworu antyseptycznego w sposób ściśle aseptyczny e. t. c.). Sito z opatrunkami wyjałowionymi można postawić gdziebądź pod ręką, bez obawy zakażenia zawartości, albowiem dno jest pełne bez dziur. Również taksamo i sito z wyjałowionymi instrumentami. Na wyjałowionym w przyrządzie kompresie, rozścielonym obok przyrządu, jako umywalnia: rozskładamy wszelkie przybory do mycia, również przedtem w przyrządzie wyjałowione.

Jeżeli kto lubi operować narzędziami mokrymi, wyjmowanymi wprost z roztworu antyseptycznego podczas operacyi — może włożyć całe sito z instrumentami do odpowiednio głębokiej nakrywy — i nalać do niej antyseptycznego roztworu, albo też aseptycznego płynu z przyrządu.

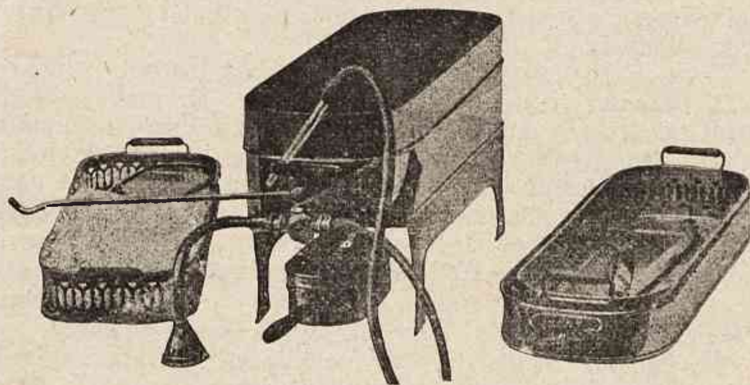
### II. Sterylizator podręczny mniejszy.

Dla podręcznego użytku lekarza praktycznego.

Zasada konstrukcyi: Sterylizator podręczny pat. Dra A. Wątorka, ma stanowić w komplecie tak zgrabny i elegancki necesser — żeby nawet — najwybredniejszy elegant nie wstydził się wziąść go **osobiście** do chorego. — Wten sposób, umożliwi się każdemu sumiennemu lekarzowi, przeprowadzanie w sposób idealnie aseptyczny — wszelkich choćby drobnych zabiegów chirurgicznych — w domu prywatnym dalej badanie rodzących w sposób aseptyczny — zmiany opatrunków po cięższych operacyach itd. Nadto przyrząd ten ma służyć do wykonania aseptycznych zabiegów operacyjnych w godzinach ordynacyjnych w domu lekarza.

Dla postępowego lekarza, dla którego aseptyka — nie jest pustym wyrazem bez praktycznego znaczenia, powinien stać się równie niezbędnym instrumentem jak słuchawka albo termometer.

Fig. 2. Przyrząd podręczny rozłożony (Fotografia z przyrządu wyrobu F. Zawalnickiego. Lwów Łyczakowska 22.)



Wymiary: długość 38 cm. (najdłuższym instrumentem, który się pomieści, są nizkie kleszcze położnicze), szerokość 14 cm. wysokość prz. nakrytego $10^1/_2$ cm. Materyał: blacha mosiężna polerowana, niklowanie zewnątrz i wewnątrz — dodatki niklowane precyzyjne toczone z mosiądzu. Jedna kompletna lampka spirytusowa bez knotów systemu Dra A. Wątorka z rezerwarem na spirytus, $1^1/_2$ m. gumy z szklanką kanką. Futerał najlepszej jakości ze skóry Bockleder (w cenie 15 kor.) Bez chłodnicy.

Cena za komplet 75 kor. (netto kasa Lwów.)

### SPOSÓB UŻYCIA:

1) W przypadkach nagłych. Instrumenta wraz z przyborami do użycia, oraz potrzebne do danego celu opatrunki — wraz z gumą irygatora — wyjaławia się — w przeciągu kwadransa (licząc od chwili zapalenia spirytusu w lampie) w przyrządzie. Po odkryciu przyrządu i wydobyciu sił z przyrządu—nalewa się do gorącego roztworu sody w przyrządzie wprost z wodociągu tyle zimnej wody (ubogiej w bakterye) — aby temperatura płynu była możliwą do mycia rąk.

2) W przypadkach zwykłych. Zamiast wody wodociągowej używa się do rozpuszczenia gorącego roztworu sody — wody przegotowanej i przed operacyą (według uprzedniego polecenia lekarza) wystudzonej.

Zalety przyrządu: Sterylizator podręczny — nie tylko idealnie wyjaławia na poczekaniu instrumenta, opatrunki — ale czyni zbytecznem — posługiwanie się nawet przy drobnych operacyach względnie zabiegach, podejrzanymi miednicami czy miskami gospodarczymi, przy myciu rąk operatora. Nadto stanowi idealnie pewny co do aseptyki irygator.



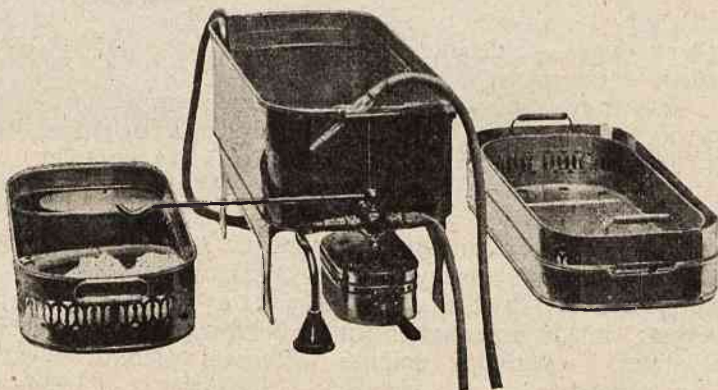
Fig. 3. daje pojęcie o stosunku wielkości obu przyrządów a zarazem przedstawia konkurencyę futerałów.

Przyrząd podręczny — stanowi depełnienie przyrządu większego — który służy do operacyj większych — dalej do operacyj przedsiębranych na wsi. Lekarz, który ma więcej do czynienia z położnictwem lub chirurgią — powinien mieć oba przyrządy.

### Przyrządy zbytkowne.

Zasada konstrukcyi. Przyrządy droższe — ale zato odpowiadają wszelkim najwybredniejszym wymogom elegancyi.

Fig. 4. Sterylizator rozłożony, fotografia z przyrządu wyrobu F. Zawalnickiego.



1. Wymiary: 48 cm. długości — 16 cm. szerekości — 18 cm. wysokości (dla akuszerów i chirurgów) albo 40 cm. długości, 18 cm. szerokości, 17 cm. wysokości (głównie dla chirurgów). Materyał: blacha mosiężna polerowana — niklowana zewnątrz i wewnątrz — rogi okrągłe. Kieszeń wodna kuta u 1-nej sztuki. Wszystkie dodatki możliwie najlepsze. Futerał wyrobu krajowego najlepszy.

Cena za komplet: 170 kor. (netto, kasa Lwów).

2. Przyrząd co do wymiarów taki sam jak pod 1. jednak z dnem miedzianym kutym bez kantów, wężownicą o 7-miu ramionach (chłodzenie szybsze) — zamknięcie wodne skończenie precyzyjnie wykonane na zewnątrz pudła dolnego. Zresztą co do materyału i wykonania taki sam jak przyrządy pod 1. (Wyrób Zawalnickiego).

Cena za komplet: 200 koron (netto, kasa Lwów.)

UWAGA. Przyrządy pod 2) wykonuje się tylko na zamówienie.

Na żądanie mogą być przyrządy pod 1) i 2) wykonane z nikieliny. Cena o koszt materyału wyższa.

## Przyrządy pośrednie.

Zasada konstrukcyi: Przyrząd łączy w sobie wszystkie zalety sterylizatorów podręcznych tz. jest lekki — elegancko wykonany z dobrego materyału — bardzo małych wymiarów po złożeniu — a ma zarazem ważną zaletę sterylizatorów większych albowiem stosowny dla pomieszczenia nawet najdłuższych instrumentów położniczych.

Przeznaczony dla lekarzy — którzy chcą mieć jeden tylko sterylizator pierwszorzędnej jakości, dostatecznie długi, a przecież lekki i co najważniejsza: tańszy.

Wymiary: 48 cm. długość — 15 cm. szerokość — 11 cm. wysokość prz. nakrytego. Konstrukcyjnie zupełnie tak samo zbudowany jako przyrząd podręczny (**patrz figura 2.**) Wężownica jako samodzielny instrument, który wrazie potrzeby znajduje pomieszczenie w sicie dolnym — pod instrumentami. Materyał: blacha mosiężna niklowana — zewnątrz i wewnątrz. $4^1/_2$ m. gumy wraz z szklanną kanką. Futerał skórzany najlepszej jakości. Wykonanie: prima.

Cena za komplet: 110 kor., netto, kasa Lwów.

Na zamówienie przyrząd może być wykonany z nikieliny. Cena o koszt materyału wyższa.

## Przyrządy tanie.

1. Sterylizator podręczny, na oko taki sam (co do elegancyi) jak przyrząd mosiężny podręczny (patrz fig. 2.) wykonany z blachy niklowej (cynk polerowany, fabrycznie grubo obustronnie niklowany) z dnem mosiężnem obustronnie niklowanem. — Sztelarz z blachy żelaznej grubo cynkowanej i mosiądzowanej, lampka kompletna mosiężna. Futerał ceratowy — na oko taki sam jak skórzany — $1^1/_2$ gumy z kanką.

Cena za komplet: 50 koron (netto, kasa Lwów.)

2. Sterylizator średni — z blachy niklowej — z chłodnicą mosiężną niklowaną — wyrób zresztą taki sam jak pod 1. Futerał ceratowy.

Cena za komplet: 72 koron, (netto, kasa Lwów.)

3. Sterylizator podręczny z białej blachy — dodatki mosiężne. Futerał ceratowy taki sam jak pod 1.)

Cena za komplet: 30 koron (netto, kasa Lwów.)

4. Sterylizator średni z białej blachy — dodatki mosiężne. Futerał ceratowy jak pod 2.)

Cena za komplet: 45 koron (netto, kasa Lwów.)

## Przyrządy kliniczne.

Zasada konstrukcyi: Przy konstrukcyi przyrządów klinicznych, odpada jeden ważny wzgląd — a mianowicie: ciężar przyrządu. Wobec tego: wykonuje się je z materyału grubego — w sposób nadzwyczaj trwały — w wymiarach większych. — Sztelarz stały. Opalanie przyrządów lampami możliwie ekonomicznemi a silnemi.

Przyrządy wykonuje się wyłącznie na zamówienie — w wymiarach dowolnych — z dowolnego materyału, — w cenach dowolnych począwszy od 120 koron za komplet.

Naprzykład: 1) Sterylizator kliniczny najlepszej jakości: Wymiary: 55 cm. długości — 25 cm. szerokości — 20 cm. wysokości. Zamknięcie wodne na zewnątrz przyrządu — kute z jednej sztuki blachy. — Wszystkie części składowe sterylizatora kute. Wobec tego: Cały przyrząd bez kantów. Materyał: miedź polerowana kuta. Niklowanie trwałe wewnątrz i zewnątrz. — Wszelkie dodatki najlepszej jakości. Wężownica o 7-iu rurkach $1^1/_2$ cm. grubości — mosiężna. — 2 lampy Primusa. Stelarz bardzo trwały żelazny.

Cena za komplet: 300 koron.

2) Sterylizator kliniczny tych samych wymiarów nie niklowany — miedziany — wewnątrz bielony cyną, w mniej eleganckim wykonaniu.

Cena za komplet: 120 koron.

Na żądanie urządza się całkowite sale operacyjne na sposób sal laparatomijnych w cenach od 700 koron aż do 2 tys. koron. — W razie zamówienia wysyła się — rysunki techniczne przyrządów — kosztorysy etc.

## Zestawienie cen sterylizatorów przenośnych, przeznaczonych dla potrzeb lekarza praktyka.

| Nr. przyrządu | Sterylizator kompletny z wszelkimi dodatkami i futerałem według opisu w cenniku podanego | Netto kasa Lwów | Ceny dla Austryi wraz z opakowaniem i przesyłką pocz. | Ceny dla Rosyi wraz z opak. i przesyłką pocz. bez cła | Ceny dla Niemiec wraz z opakow. i przesyłką pocz. bez cła |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Guldeny | Korony | Ruble | Marki |
| I. | A. zbytkowny prima | 100·— | 205 | 82 | 175 |
| II. | A. zbytkowny | 85·— | 175 | 70 | 150 |
| III. | A. wyrób Nowakowskiego | 72·50 | 150 | 60 | 130 |
| IV. | A. wyrób Wojtyńskiego | 65·— | 135 | 55 | 115 |
| V. | A. średni mosiężny | 55·— | 114 | 50 | 100 |
| VI. | A. podręczny mos. | 37·50 | 78 | 32 | 66 |
| VII. | A. średni niklowy | 36·— | 75 | 31 | 65 |
| VIII. | A. podręczny nikl. | 25·— | 52 | 22 | 45 |
| IX. | A. średni z b. blachy | 22·50 | 48 | 21 | 41 |
| X. | A. podręczny z b. blachy | 15·— | 32 | 14 | 28 |

Uwaga. Przy zamówieniu przyrządu — uprasza się podawać Nr. przyrządu według wyżej zestawionego wyszczególnienia — a zarazem cenę za przyrząd — aby uniknąć wszelkich pomyłek przy wysyłce towaru!!

## Warunki rozsprzedaży.

1) Aby umożliwić każdemu lekarzowi nabycie dobrego przyrządu — rozsprzedaje się droższe przyrządy — na jaknajdogodniejszych warunkach kredytowych.

2) Przy zapłaceniu za przyrząd gotówką — daje się 5% kasa skonto.

3) Dla rozsprzedawców stosowny opust nb. przy odbiorze większej ilości towaru.

Ceny wyżej zestawione za przyrządy obowiązują — aż do ukazania się nowego cennika.

## Zastosowanie sterylizatora pat. Dra A. Wątorka.

Sterylizator pat. Dr. A. Wątorka jest uniwersalnym instrumentem dla aseptyki operacyjnej z 2 względów:

I. Jest wstanie zastąpić w działaniu każdy pomocniczy poszczególny przyrząd dla aseptyki operacyjnej tz. można go użyć do jednego tylko celu więc np. 1) jako sterylizatora dla płynów albo tylko jako: 2) sterylizatora dla instrumentów albo 3) jako dezinfektora parowego albo 4) umywalni idealnie aseptycznej albo 5. irygatora aseptycznego 6) jako przyrządu — mającego dostarczyć gorącej wody na poczekaniu w dowolnej ilości.

II. Może on każdej chwili pełnić równocześnie funkcye wszystkich powyżej wyliczonych poszczególnych przyrządów do aseptyki.

Przyrząd powyższy — pojęty jako pojedynczy przyrząd — nie ustępuje w niczem — najlepszym przyrządom poszczególnym innych systemów — co więcej — ze stanowiska aseptyki wykazuje on znaczny postęp i wyższość pod wieloma względami. I tak:

a) jako sterylizator dla płynów — przewyższa inne systemy — zastosowaniem wyjmowalnej, a więc łatwo oczyścić się dającej chłodnicy — której w dodatku — wrazie chęci szybkiego chłodzenia — można użyć jako mieszadła dla gorącego płynu;

b) jako sterylizator dla narzędzi w ługu sodowym — przewyższa inne systemy — zastosowaniem chłodnicy przez co po wygotowaniu — instrumenta szybko można mieć wychłodzone i gotowe do użytku. — Instrumenta te można wprost wyjmować do operacyi z przyrządn lub też: pokrywa przyrządu — służyć może jako aseptyczna miednica — do której wkłada się sito z instrumentami — a aseptycznego płynu nalewa się z przyrządu.

c) jako desinfektor parowy: odpowiada wszelkim życzeniom — zarówno praktycznym jak i teoretycznym — albowiem bez niebezpieczeństwa eksplozyi — bez kontroli przebiegu sterylizacyi — zapomocą termometrów — manometrów hygrometrów etc. a więc automatycznie — spełnia on wszelkie warunki dokładnej, szybkiej i bezwzględnie pewnej sterylizacyi, wyjaławiając parą nasyconą — bez przystępu powietrza pod ciśnieniem nieco większym niż 1-a atmosfera. W dodatku sterylizacya odbywa się zupełnie sucho — zaś wobec płaskiej powierzchni desinfekcyjnej niezwykle szybko, bo w kilku minutach.

d) jako umywalnia aseptyczna: stanowi ów przyrząd nowość bardzo ważną — przez to — że tu nie tylko regulowanie odpływu wody umożliwiono bez pomocy ręki operatora — podobnie jak to ma miejsce i przy innych tz. fałszywie aseptycznych kosztownych umywalniach w sposób bardzo pojedyńczy — ale także: Wykluczono możliwość nieaseptyczności wnętrza rezerwoaru — przewodu kurka i płynu, przez to, że części te wyjaławiają się wsposób bezwzględnie pewny automatycznie w czasie sterylizacyi płynu. Ponieważ zaś ta umywalnia jest zarazem sterylizatorem dla instrumentów i opatrunków — więc można w niej napoczekaniu wyjaławiać wszelkie udensylia konieczne dla przeprowadzenia aseptycznej desinfekcyi skóry.

e) to samo da się powtórzyć o powyższym przyrządzie jako irygatorze aseptycznym. Ponieważ irygacya aseptyczna jest już zabiegiem operacyjnym, do wykonania którego potrzeba wiele przyrządów (np. irygacya macicy lub pochwy), więc na poczekaniu przy pomocy systemu Hegara aseptycznie przeprowadzic się nieda;

f) Do przyrządu nalewamy tyle wody — aby wężownica była całkowicie zamoczoną — poczem zapaliwszy pod przyrządem lampę — doprowadzamy wodę do wrzenia. Przepuszczając obecnie — gdy lampa się pali — przez wężownicę chłodną wodę ze zbiornika lub wodociągu — natychmiast otrzymujemy dowolną ilość wody ciepłej temp. dochodzącej do 50° C.

Poprzednio omówione użycie przyrządu podczas operacyi — wykazuje — że przy pomocy powyższego przyrządu — można o każdej porze — każdym miejscu — zaimprowować szybko i pewnie operacyę aseptyczną — a to dzięki temu — że sterylizator powyższy — może **równocześnie** spełnić funkcye wszystkich pod a) b) c) d) e) f) wymienionych przyrządów.

Z powyższego przedstawienia właściwości przyrządu wynika: że zastosowanie praktyczne wynalazku jest bardzo szerokie: wprost dla medycyny operacyjnej uniwersalne. I tak: Przyrząd służy:

I. [1]) lekarzowi praktykowi: a) do codziennego stałego użytku w pokoju ordynacyjnym — jako umywalnia aseptyczna i irygator aseptyczny; b) jako etui do przechowywania potrzebnych pod rękę środków opatrunkowych i desinfekcyjnych; c) do pomocy przy wszelkich aseptycznie wykonać się mających operacyach i zabiegach w godzinie ordynacyjnej lekarza; d) do transportu instrumentów i innych udensiliów koniecznych przy dużej operacyi w domu prywatnym; e) do wykonania wszelkich zabiegów asyptycznie w domu prywatnym.

[2]) zawodowym chirurgom i akuszerom; [3]) dentystom; [4]) okulistom.

II. W przyrządy powyższe powinny się zaopatrzyć wszelkie pogotowia ratunkowe.

III. Wojsko: do użytku w salach chorych pułkowych i w służbie sanitarnej polowej w najrozleglejszym tego słowa znaczeniu.

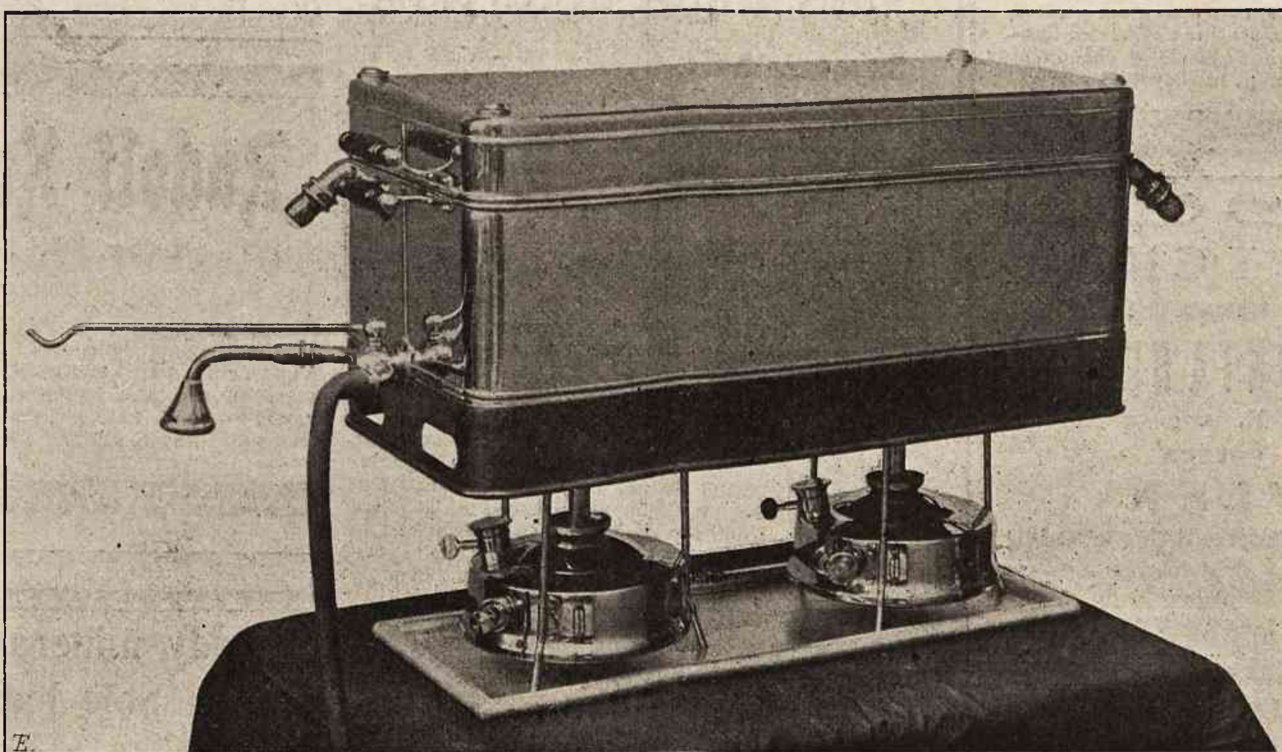
IV. Dla szpitali i zakładów lekarskich: a) dla urządzenia taniego a wygodnego sal porodowych; b) dla urządzania sal chirurgicznych; c) dla sal laparothomijnych;

V. Dla akuszerek — jako przyrząd racyonalnie skonstruowany do aseptycznego prowadzenia porodu.

Naturalnie dla wyżej wyliczonych celów — przyrządy pat. Dra A. Wątorka muszą być tak co do wymiarów — jak i kształtów — materyału — oraz ceny stosownie modyfikowane. Na razie fabrykacya obejmuje **dział najpilniejszy — tj. dział potrzeb lekarzy** praktyków — dalej chirurgów i akuszerów, w wyżej podanych 10. odmianach przyrządów.

Co do innych działów zapotrzebowania — to przyjmuje się zamówienia na odpowiednie przyrządy — przyczem zauważa się, że przyrządy wyrabiać się może na zamówienie: w dowolnych wymiarach — z dowolnego materyału — w dowolnych cenach począwszy **od 10 złr. aż do 150 złr.**

Sterylizator kliniczny — miedziany niklowany w cenie 250 koron za komplet.



# OGŁOSZENIA

**Ukończony słuchacz medycyny** z absolutoryum i dwoma rygorozami poszukuje na sezon kąpielowy posady asystenta przy lekarzu kąpielowym wolno praktykującym. Łaskawe oferty pod M. W. B. do redakcyi „Głosu lekarzy“, we Lwowie.

**RUBRICAE NEUTRALIS**
**(Dimethyldiamidotoluphenazin)**
**SOLUTIO SPIRITUOSA**
**secundum praeceptum Dris C. UHMA**
praeparata
secretiones nondum fixas, brevi tempore tingens.

Gonococcos Neisseri qui in lymphocytis inveniuntur, statim tingit.
100 gr. flaszka koron 1·50.

**GŁÓWNY SKŁAD** u Piotra Mikolascha i Sp Lwów.

## Naturalne kąpiele lecznicze

**jako to: Solankowe, z kwasu węglowego, sosnowe, siarkowe, borowinowo-żelaziste, błotno siarkowe z Ischlu, solankowe z kwasem węglowym à la Neuheim, żelaziste, wszędzie wygodnie i tanio z patent. tabletkami kąpielowymi Dra Sedlitzkiego. Dalej „Apnor“ dozowane kąpiele kwasu węglowego i solankowe, systemu Dra Fischa, zawartość kwasu węglowego i soli, stopniowana w 20 kąpielach, także pojedyńczo do nabycia. Solanka do kąpieli. — Dra Siedlitzkiego pastylki solankowe z dodatkiem 01 pini lub bez tegoż, odpowiadające naturalnej solance do inhalacyi solankowych, do aparatów inhalacyjnych wszystkich systemów (także Bulling) lub wielkich inhalatorów dostosować się dające. — Wszędzie do nabycia. — Prospekta i próbki dla pp. lekarzy i szpitali gratis. — Dla zakładów leczniczych wyjątkowe ceny.**
**Adres dla zamówień bezpośrednich i informacyi: Dr. W. A. Sedlitzki w Hallein obok Salzburga.**

OTWARTE CAŁY ROK

## SANATORYUM
## Dra Eug. Wajgla
**Lwów, ul. Hausnera l. 11**
pod administr. kierownictwem
## Kazimierza Soleckiego
**nowo urządzone i przebudowane.**

**Przyjmuje chorych** na stały pobyt, celem leczenia **wszelkich chorób** z wyjątkiem **zakaźnych** i umysłowych.

Prospekta na żądanie wysela
ZARZĄD.

OTWARTE CAŁY ROK

OTWARTE CAŁY ROK

OTWARTE CAŁY ROK

## Apteka H. Blumenfelda we Lwowie
**ulica Żółkiewska l. 4**

poleca premiowane na wystawie hygienicznej we Lwowie 1888 jakoteż wyszczególnione na wystawie przyrodn. lekarskiej w Krakowie 1881 **wina lecznicze własnego wyrobu**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Malaga z chiną | Wino z orzechów Kola | **SYROPY LECZNICZE:** | **PASTYLKI:** |
| Malaga z żelazem | Wino pepsynowe z Diastazą | Syrop z podsforanem wapna | Pastylki kaskarowe |
| Malaga z chiną i żelazem | Wino z cascara sagrada | Syrop wapniowo żelazowy | Pastylki pepsynowe z diastazą. |
| Malaga z fosforanem wapna | Wino z condurango | Syrop gnajacolowy | |
| Malaga z rebarbarum | Wino ze Somatozą | | |

**Phosphate de fer czyli roztwór fosforanu żelazowego.**

Przetwory te lecznicze pozyskały uznanie tak wybitnych powag lekarskich jak Prof. Dr. Czyżewicz, prof. Dr. Korczyński, Dr. Józef Weigel, Dr. Widman i w. i.

**Chemicznie czysty „TLEN“ do wdychiwań po bardzo umiarkowanych cenach.**

Zamówienia z prowincyi uskutecznia się odwrotnie.

Od lat 15 zaszczytnie znany

## ZAKŁAD KROWIANKOWY

**Dra wszech nauk lekarskich A. BARAŃSKIEGO we Lwowie, przy ulicy Chorążczyzny l. 24 w domu własnym, poleca Szanownym Kolegom znakomitą krowiankę do szczepienia ochronnego przeciw ospie.**

**Dla własnej Rodziny służę gratis. Krowiankę niezużytą wymieniam po 2—3 miesiącach bezpłatnie na świeżą. Krowianka przechowuje się w chłodnem miejscu n. p. między bielizną.**

## APTEKA
**pod srebrnym Orłem**
## ZYGMUNTA RUKERA
**we Lwowie**
**POLECA**
## TLEN
**do wdychiwań chemicznie czysty potrójnie myty**

Wysyłka codziennie na prowincyi w dowolnych ilościach.

GŁÓWNY
**i jedyny skład środka dyetycznego**
## AMAROL

nieszkodliwy, szybko i pewnie działający środek ze suflatów, przeciw ostrym i chronicznym chorobom żołądka i kiszek u dzieci i dorosłych. Polecony przez powagi lekarskie, jak: Dr. Rode w Norderney, Dr. Höhne w Lipsku, Dr. Blenk w Berlinie, Dr. Czapski w Gutentag, Dr. Brach w Moguncyi, Dr. Neumann w Monachium, Dr. Gryglewicz w Jutroschinie i wiele innych.



Najwyższe odznaczenia:
**DYPLOMY HONOROWE I ZŁOTE MEDALE**
**z Wystaw w Paryżu, Londynie, Marsylii i Wiedniu.**

## Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne
## Eugeniusza Matuli
Radomyśl koło Tarnowa.

**Wyroby fabryczne, maszyny parowe.**

**Sapomenthol:**

Nacieranie ból uśmierzające. W bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, Lumbago, Ischias, Nerwobólach.

Działanie szybkie, w zastosowaniu łatwy i przyjemny.

Odpowiednie miejsca naciera się 2—3 razy dnia, owijając watą lub flanelą.

Przy mocnych bólach okład wysychający, bezpośrednio po natarciu.

Zawiera w 100: 0·1 Aether, 10 Camphor, Ammon. Menthol 20, Sapon 10, Alcocholu 60.

Dozwolony w Cesarstwie Rosyjskiem przez Minist. Spraw. Wewn.

**Stomachin:**

Środek dyetetyczny. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, zwiększa apetyt. Przy Hyperemesis Gravidarum działa uspakajająco. Jest wyciągiem chinowym i zielnym na czystym Cognacu francuskim. Kieliszek 2—3 razy dnia, bezpośrednio przed jedzeniem, z herbatą lub sam.

Dla płucnych, tenże preparat cum Acid cynamy licum 0·35 na 200.

Do nabycia w aptekach tylko w oryginalnym opakowaniu po 2 i 4 koron.

**Vinum Condurango:**

Specyalnie przyrządzane, w niedomogach wydzielniczych na różnym tle polecane. Miłe w użyciu, smaku przyjemnego.

Tylko w oryginalnych butelkach po cenie 2·40.

Przy przepisywaniu mych preparatów, upraszam zawsze dodawać „oryginał Matula“. Nazwa, opakowanie i marka ochronna są zaprotokołowane.

Każdy mój preparat zaopatrzonym jest Marką ochronną „Palmą“.

Do nabycia w aptekach, jakoteż wysyłka wprost. Próbki i broszurki dla WP. Lekarzy gratis i franco.



**Mogę Panu polecić tylko:**

Zamówić sobie skrzynkę próbną wybornych soków owocowych

## CERES

wolnych od alkoholu.

**Czysty sok świeżych owoców**, o zawartości bogatej **cukru owocowego, odżywczy** i **lekko strawny**, jest nieocenionym zdrowotnym napojem stołowym. Panom lekarzom literaturę i próbki gratis. — Skrzynki próbne o 10 gatunkach 12 kor. 80 hal. franko.

**Zarząd soków owocowych „Ceres“ Ringelshain, Czechy.**

## Rudolf Krimmer
**Lwów, hotel francuski**
poleca

Płótna gumowe na podkłady dla chorych, worki gumowe i gumowane, węże gumowe czarne i czerwone, chłodniki Leiterowskie, pessarya i wianki maciczne, pończochy gumowe, watę Brunsa, wstrzykawki Pravatza, katetery, sondy żołądkowe, wstrzykawki szklane i kauczukowe.

**Wody mineralne**
**Sole lecznicze**
**Kule żelazne**
poleca
## Alojzy Hübner
**LWÓW.**

Z „Drukarni Udziałowej“ Lwów, ul. Lindego l. 8